

# Kwetsbaar in kwadraat

*Krachtige steun aan kwetsbare mensen*

Advies 16

Den Haag, maart 2001

De *Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)* is een onafhankelijk en strategisch adviesorgaan.

De Raad adviseert de regering over beleidsvraagstukken die de participatie en de stabiliteit van de samenleving betreffen. De RMO bestaat uit negen onafhankelijke kroonleden: de heer prof. dr. H.P.M. Adriaansens, (voorzitter), de heer drs. H.J. Kaiser (vice-voorzitter), mevrouw Y. Koster-Dreese, de heer dr. A.P.N. Nauta, mevrouw drs. N. Schoemaker, mevrouw prof. dr. J. de Savornin Lohman, mevrouw drs. E.M. Vermeulen en de heer prof. dr. W. van Voorden.

De heer drs. F. Vos is algemeen secretaris van de Raad.

Parnassusplein 5  
Postbus 16139  
2500 BC Den Haag  
Tel. 070 340 52 94  
Fax 070 340 54 46  
E-mail [rmo@minvws.nl](mailto:rmo@minvws.nl)  
[www.adviesorgaan-rmo.nl](http://www.adviesorgaan-rmo.nl)

Auteursrecht voorbehouden

© Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag 2001

© Sdu Uitgevers, Den Haag 2001

© fotografie door bezoekers en bewoners van DAC-Den Haag, de RIBW-pensionvoorziening en Stichting Adena

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de uitgever en de RMO.

## Voorwoord

Er zijn in Nederland mensen die op meer dan één manier worden geconfronteerd met achterstand en met sociaal isolement. De voorzieningen voor zorg en hulpverlening die mede voor hen zijn bestemd, weten hen niet te bereiken en te behouden. Zelf zijn deze mensen niet geneigd de voorzieningen te hulp te roepen, al was het maar omdat ze vaak teleurgesteld zijn in het aanbod dat ze kregen. Kwetsbaar, of sociaal kwetsbaar, worden deze mensen genoemd. Ze dreigen aan hun lot te worden overgelaten.

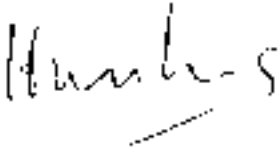
Het kabinet heeft aan de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) gevraagd welke mogelijkheden er zijn om juist deze mensen binnen het bereik van de hulpverlening te brengen en te houden. In zijn antwoord stelt de Raad trouw en vertrouwen voorop, trouw van de samenleving aan kwetsbare mensen, en wederzijds vertrouwen tussen hen en de hulpverleners. Die trouw vergt een investering, niet alleen financieel maar juist en vooral inhoudelijk; een investering in een manier van werken waarin de kwetsbare mensen zelf centraal staan en waarin de inspanningen van hulpverleners erop gericht zijn de autonomie van kwetsbare mensen te herstellen en te versterken. De Raad werkt die manier van werken in dit advies uit en beschrijft enkele vormen van organisatorische inbedding.

Bij de voorbereiding van het advies heeft de Raad geprofiteerd van de deskundigheid van velen. De heer P. van Eeten verrichtte in 1999 een voorstudie voor het advies die resulteerde in het rapport *'Om wie ging het ook alweer?'* Hij verschafte daarmee een eerste inzicht in de problematiek in verschillende sectoren. In een expertmeeting aan het begin van het adviestraject is vervolgens het probleem verhelderd. Een kennismaking met de praktijk vond plaats tijdens een werkbezoek in Groningen, waar verschillende initiatieven vanuit de openbare geestelijke gezondheidszorg werden gepresenteerd. Een verdere oriëntatie in de praktijk gebeurde door een reeks van interviews en een rapportage daarover van mevrouw C. Brink die in 2000 als trainee aan de RMO was verbonden. Daarnaast zijn verschillende gesprekken met deskundigen gevoerd. De organisatorische inbedding is doorgesproken met enkele organisatieadviseurs. Prof. dr. C. Verhoeven heeft voor het advies een korte begripsanalyse van het woord kwetsbaar geschreven. Deze column is in deze publicatie opgenomen. We bedanken allen voor hun bijdrage.

De foto's in deze publicatie zijn gemaakt door bezoekers en bewoners van DAC-Den Haag, de RIBW-pensionvoorziening en Stichting Adena (maatschappelijke opvang). Onze dank gaat uit naar de fotografen, naar de medewerkers van deze instellingen en naar de heer F. Bankeman van RIBW-Den Haag voor zijn bemiddeling.

De commissie die het advies heeft voorbereid, bestond uit:  
Mevrouw Y. Koster-Dreese (raad)  
De heer dr. A.P.N. Nauta (raad)  
Mevrouw ir. C. M. Brink (secretariaat 1 april tot 1 oktober 2000)  
Mevrouw drs. H.A.C. Dokter (secretariaat)  
De heer dr. H.T. Lelieveldt (secretariaat)  
De heer drs. M.A. Rouw (secretariaat)

De verantwoordelijkheid voor het advies berust bij de Raad.



Prof. dr. H.P.M. Adriaansens  
voorzitter



drs. F. Vos  
secretaris

# Inhoud

COLUMN DOOR CORNELIS VERHOEVEN	7
SAMENVATTING	8
1 INLEIDING	10
1.1 Wie zijn de kwetsbare mensen?	10
1.2 Hoe worden mensen kwetsbaar?	12
1.3 Opzet van het advies	13
2 KNELPUNTEN: EEN 'MISMATCH'	15
2.1 Het perspectief van de hulpzoeker	15
2.2 Het perspectief van de hulpverlener	17
3 ACHTERGRONDEN VAN DE 'MISMATCH' TUSSEN KWETSBARE MENSEN EN VOORZIENINGEN	18
3.1 Fragmentatie	18
3.2 Rationalisering	20
3.3 Vermaatschappelijking	21
4 FRAGMENTATIE, RATIONALISERING EN VERMAATSCHAPPELIJKING: VOOR- EN NADELEN	23
4.1 Voordelen	23
4.2 Nadelen	23
5 WAT NU? MORELE ARGUMENTEN VOOR EN TEGEN (NIEUWE) INTERVENTIES	26
5.1 Legitimatie	26
5.2 Ingrijpen en zelfbeschikking	28
6 EEN NIEUWE INSTITUTIONELE OMGEVING	31
6.1 Een betrokken aanpak	31
6.2 Het S-team	34
6.3 Adders onder het gras	38
6.4 Bestuurlijke organisatie	40
BIJLAGEN	
1 Adviesaanvraag	
2 Basisdocumenten	
3 Literatuur	
4 Geraadpleegde deskundigen	



## *Kwetsbaar*

Voorzover mij bekend is, moet de oudste plaats in de Nederlandse literatuur waar het woord 'kwetsbaar' optreedt, voorkomen in een vertaling van Ovidius. Abraham Valentijn vertaalde in 1697 de uitdrukking 'species laesura' met 'quetsbare glimp'. Het gaat om de last die luisterrijke relaties voor iemand kunnen betekenen en in het Latijn staat er dan ook een actieve vorm. De glimp of glamour schijnt om kwetsingen te vragen en ze daardoor uit te lokken. Het woord 'kwetsbaar' wordt dan ook opvallend dikwijls gebruikt in een context waarin hyena's lijken te loeren op een prooi. En een zwakke prooi maakt hyena's dapper. De bedrieglijke uitdrukking 'zich kwetsbaar opstellen' moet in de jaren zeventig bedacht zijn in kringen van vergadersaars of tactici van de sport. Er werd mee te kennen gegeven dat de spreker of speler bepaalde risico's nam, bijvoorbeeld dat hij in de flank zou worden aangevallen of dat zijn eigen persoon aan kritiek werd onderworpen. 'Zich kwetsbaar opstellen' preteendeerde te betekenen: zijn zwakke kant niet verbergen en de tegenpartij een eerlijke kans geven om te scoren. Of: niet uitgaan van het onbetwistbare eigen gelijk en de onmiskenbare eigen superioriteit.

De nobel klinkende uitdrukking verspreidde zich als een kwaadaardig virus en werd dus ook al gauw een voorwerp van spot. De lachlust werd waarschijnlijk niet alleen gewekt door het gedachteloos napraten, maar toch ook wel door het daarin gesignaleerde koketteren met een zekere zwakheid die niet aanwezig werd geacht. Wie zich zo gretig als prooi aanbiedt, moet zich wel sterk voelen. Misschien moest het gebruik van dat woord bij voorbaat al de schande van een eventuele nederlaag omzetten in een edelmoedige daad van toegeeflijkheid. Waarschijnlijk was het juist dat waar de spotters hun pijlen op richtten: dat iemand beweerde zijn zwakheid te tonen in een situatie waarin het er uiteindelijk meedogenloos om gaat wie de sterkste is. Wie werkelijk broos en kwetsbaar is, loopt daar niet zo mee te koop. En wie geen hyena is, heeft op heel andere gronden oog voor de kwetsbaarheid. Hij wil haar tegen hyena's beschermen. We kunnen mensen taxeren op de houding die zij aannemen tegenover de kwetsbaarheid.

De frase 'zich kwetsbaar opstellen' kan, vanuit de sport gedacht, wel eens op haar plaats zijn. Maar toont iemand die zegt zich 'kwetsbaar op te stellen', werkelijk zijn zwakheid? Ik ben geneigd te denken dat hij, als tacticus, eerder de tegenstander uitlokt de aanval te openen op het punt dat hij het beste kan verdedigen. Want 'zich opstellen' is een militaire, tactische term. Wij stellen ons op met geen ander doel dan om te winnen. Wie dus zegt dat hij zich 'kwetsbaar' opstelt, zegt alles behalve dat hij ook werkelijk zwak en kwetsbaar is of dat hij de tegenstander een kans wil geven. Integendeel: hij gooit ronkend zijn superioriteit in de strijd en spreidt daar een mist van nobelheid over uit. Hij 'is' niet kwetsbaar, maar stelt zich alleen zo op en kiest de kwetsbaarheid als camouflage, als houding of zelfs als wapen. Wie deze keuze niet kan maken, maar de kwetsbaarheid als een eigenschap heeft, kan zich niet kwetsbaar 'opstellen'. Hij zal zich waarschijnlijk liever aan de strijd onttrekken, maar als hij daartoe wordt gedwongen, doet hij er verstandig aan zich niet te duidelijk als een onkwetsbare overwinnaar te profileren.

Cornelis Verhoeven

# Samenvatting

In het advies *Kwetsbaar in kwadraat; krachtige steun aan kwetsbare mensen* van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) gaat het om hulp aan mensen die door geen enkele instantie worden bereikt en die (daardoor) ernstig in problemen verkeren. Het meest zichtbaar zijn de zwervers in de stad, kampend met psychiatrische problemen of verslaafd aan drugs of alcohol. Onder hen bevinden zich mensen die in het beleidsjargon ‘verkommerden en verloederden’ of ‘maatschappelijk marginalen’ heten, maar ook thuisloze en mishandelde en verwaarloosde jongeren. Deze groepen omvatten zo’n 60 duizend mensen. Maar niet al deze mensen vallen onder de definitie van ‘sociaal kwetsbaar’ die de Raad in dit advies hanteert. Sommigen van hen weten namelijk zichzelf te redden, ondanks hun problemen. Hoe groot de groep sociaal kwetsbare mensen in Nederland precies is, weet niemand omdat de groep nog nooit op deze manier is geteld.

Mensen kunnen door tal van oorzaken kwetsbaar worden, maar altijd is sprake van een cumulatie van factoren: van het verlies van een dierbare tot schulden en werkstress. Het proces waardoor iemand kwetsbaar wordt, is te vergelijken met een draaikolk: je zakt steeds dieper weg en geen reddingslijn kan je nog bereiken.

Daarnaast creëert onze maatschappij haar eigen uitvallers doordat we de maatschappelijke systemen, instituties en voorzieningen op een bepaalde manier organiseren en inrichten. Dat geldt bijvoorbeeld voor het onderwijs en voor de arbeidsmarkt, maar ook voor de hulpverlening. Wat plastischer geformuleerd: hoe meer de samenleving hygiëne betracht, hoe meer de vieze mensen opvallen.

De RMO schetst in dit advies de achtergronden van de ‘mismatch’ tussen hulpzoekenden en hulpverleners en wijst op drie processen. Het eerste is de fragmentatie van voorzieningen. Er is steeds meer sprake van specialisatie van voorzieningen en van professionals, waardoor mensen met zeer uiteenlopende problemen nooit meer bij één instelling of één hulpverlener terecht kunnen. Nu hebben kwetsbare mensen al moeite om hun leven te managen, de fragmentatie van de hulpverlening vergroot die moeite alleen maar. Het tweede proces is de rationalisering van organisatie en werkwijze. Instellingen werken met zorgprogramma’s, met protocollen en standaarden; ze sturen op output, ze moeten meetbare resultaten behalen. En bij kwetsbare mensen is meestal niet snel resultaat te meten. Het derde proces ten slotte valt onder de noemer vermaatschappelijking. Steeds meer moeten de cliënten buiten de muren van de instelling behandeld en begeleid worden. Het gevolg is dat psychiatrische patiënten zichtbaarder zijn geworden, een zichtbaarheid die velen ervaren als overlast.

In dit advies staat de vraag centraal hoe instellingen eraan kunnen bijdragen dat sociaal kwetsbare mensen die dat willen, toch (weer) de weg naar de voorzieningen vinden.



Het advies is toegespitst op de voorzieningen, omdat de overheid hun aandeel kan beïnvloeden. Bovendien erkent de Raad hiermee dat de oorzaken van kwetsbaarheid niet alleen in de persoon zelf zijn gelegen, maar dat kwetsbaarheid ook is te wijten aan de manier waarop de samenleving en de voorzieningen zijn georganiseerd, waardoor zij mensen uitsluiten. Deze uitsluiting schept een zware verantwoordelijkheid voor de overheid en voor de samenleving om kwetsbare mensen te blijven opzoeken en voortdurend blijkt te geven van trouw. Dat kunnen zij doen, aldus de Raad, door een ‘betrokken aanpak’ te gebruiken, een aanpak waarbij de werker haar of zijn cliënten opzoekt en intensief begeleidt. De werker bemiddelt met de reguliere instellingen, regelt diensten als het nodig is en trekt samen op met de cliënt. De werker en de cliënt onderhouden een persoonlijke relatie en schenken elkaar vertrouwen. Dat wil zeggen dat de werker bemoeizuchtig is, soms aandringt bij de cliënt om bepaalde keuzen te maken en de grenzen van de privacy verkennt en oprekt. De Raad acht dit soort paternalisme gelegitimeerd, omdat het is ingebed in een persoonlijke vertrouwensrelatie. Deze ‘betrokken aanpak’ is reeds op diverse plaatsen beschreven en wordt in diverse gemeenten in praktijk gebracht. Maar ze komt maar moeilijk duurzaam van de grond en ontbeert vaak organisatorische stevigheid en de verankering in een netwerk van instellingen. Bovendien heeft het werk weinig status en ontbreekt het de werkers vaak aan de bevoegdheid en het gezag om bepaalde diensten van de reguliere instellingen te regelen.

Daarom adviseert de Raad de zorg en steun voor kwetsbare mensen onder te brengen in een speciale unit, bijvoorbeeld het zogeheten S-team. In zo’n team zitten hoogwaardige professionals: creatieve, stevige en gezaghebbende werkers die op voet van gelijkheid met elkaar omgaan. Het S-team is als een voorpost tamelijk los georganiseerd van de instellingen, maar heeft de bevoegdheid om in geval van nood buiten reguliere procedures om diensten van die instellingen te betrekken. De stevige positie en de verankering in het veld van de instellingen zijn onontbeerlijk voor een S-team. De Raad beschrijft in dit advies verschillende organisatorische mogelijkheden. Een organisatie-model dat de Raad aantrekkelijk voorkomt, is het S-team als een zelfstandige onderneming. In dat geval zijn de reguliere instellingen investeerders of aandeelhouders, die kapitaal inbrengen in het S-team. Een dergelijk arrangement versterkt het ‘commitment’ van die instellingen, verwacht de Raad. Bovendien is de onafhankelijkheid van de werkers gewaarborgd. Daarnaast is politiek-bestuurlijke commitment noodzakelijk voor de stevigheid van het team. Een betrokken wethouder die dicht bij het S-team staat en die de belangen van het team en zijn doelgroep verdedigt, is bijvoorbeeld van eminent belang.

Dergelijke zekeringen kunnen echter niet verhinderen dat het S-team afhankelijk is van gunstige lokale omstandigheden, van nauwelijks te organiseren politiek en bestuurlijk ‘commitment’ en van de toevallige aanwezigheid van sterke persoonlijkheden. De Raad beseft dan ook dat deze krachtige steun aan kwetsbare mensen ook zelf kwetsbaar is.

# 1 Inleiding

## 1.1 Wie zijn de kwetsbare mensen ?

Kwetsbaarheid roept associaties op met woorden als precair, breekbaar, met het balanceren op een koord, met twaalf ambachten en dertien ongelukken. Diegenen die kwetsbaar zijn, kunnen maar net hun hoofd boven water houden. Ze zijn zoals de Duitsers zeggen *verwundbar* of *verletzbar*. Hun situatie is wat de Engelsen aanduiden als *vulnerable*, *fragile* of *delicate*.

Kwetsbaarheid is een ambivalente term. Het duidt niet alleen op een bestaande toestand maar ook op een risico om in een bepaalde toestand te geraken. In het woordenboek komt die dubbelzinnigheid enigszins naar voren. De eerste betekenis die het woordenboek toekent aan kwetsbaar is: 'gekwetst kunnende worden'. Dat is de potentiële toestand, het risico, dat voor ieder mens geldt. Want wie zou zichzelf onkwetsbaar willen noemen? Maar de tweede betekenis van kwetsbaar, volgens het woordenboek afgeleid van het bridgespel, komt in de buurt van de intuïtieve aanduiding van groepen kwetsbare mensen: 'in een zodanige positie dat verliezen dubbel tellen'. Kwetsbaar duidt hier op een situatie waarin men al daadwerkelijk verkeert en waarin allerlei tegenslagen dubbel zo hard aankomen. Deze ambivalentie is duidelijk zichtbaar in het beleidsjargon. In het doorstartconvenant van het grotestedenbeleid omschrijft men de *meest kwetsbare groepen* als 'personen die op meerdere manieren geconfronteerd worden met achterstand en sociaal isolement en/of hierin dreigen te geraken' (BZK 1998b: 21).

Maar wat bedoelen we nu eigenlijk met kwetsbare personen? In algemene zin kan men stellen dat kwetsbare mensen onvoldoende hulpbronnen hebben om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen (Schuyt 1995) en om hun leven op de door hen gewenste manier vorm te geven. Die problemen hoeven niet alleen in de persoon zelf te liggen. Of iemand als gevolg van het gebrek aan deze hulpbronnen daadwerkelijk kwetsbaar wordt, is mede afhankelijk van de maatschappelijke omgeving. Welke eisen stelt de samenleving en welke mogelijkheden biedt zij om te ontsnappen aan een als onwenselijk beleefde situatie?

Juist wanneer mensen er niet in slagen om zelf hun steun te organiseren, en er ook niemand in hun omgeving is die hen daarbij helpt, komt de verantwoordelijkheid van de overheid in beeld om dit alsnog te realiseren. De voorzieningen die de overheid heeft getroffen, vormen daar een belangrijk onderdeel van. Wanneer deze voorzieningen niet tegemoet komen aan de noden van de behoeftigen en geen adequaat antwoord op hun problemen bieden, krijgen we de groep in beeld die voor dit advies met name relevant is. We richten ons nu voor dit advies op de groep die als gevolg van dit niet-bereik ernstige problemen ondervindt.

Het gaat om

‘Mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en die om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van hun problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om een of meer van deze problemen te verlichten.’

Om welke mensen gaat het nu concreet? Het is een uiterst heterogene groep die niet makkelijk onder één noemer valt te brengen. Als er een noemer is, dan is dat het feit dat kwetsbare mensen contact hebben gehad met voorzieningen, geprobeerd hebben om hulp te krijgen, maar daarin niet zijn geslaagd, om welke reden dan ook. Het meest zichtbare voorbeeld is de groep van ‘verkommerden en verloederden’, zoals ze heten in beleidsjargon. Dat zijn de zwervers die velen van ons tegenkomen op straten, pleinen en in stations. De kwetsbare mensen onder de zwervers zijn niet alleen dak- of thuisloos, maar hebben meestal ook te kampen met psychiatrische problemen of met alcohol- of drugsverslaving. Vooral in de grote steden is er sprake van een zekere internationalisering van deze groep. Door de open grenzen immigreren zwervers naar Nederland. Daarnaast zijn er afgewezen asielzoekers die de zwerfende illegaliteit opzoeken.

Een andere groep kwetsbare mensen maakt deel uit van de fase-4-cliënten die de sociale diensten onderscheiden in hun bestanden. Het zijn degenen die al lang niet meer op de arbeidsmarkt participeren, en die ook niet op andere manieren deelnemen aan de samenleving. Vaak hebben zij te kampen met fysieke en/of geestelijke gezondheidsproblemen. Andere langdurig arbeidsinactieven zijn werkzoekende arbeidsgehandicapten met een indicatie voor de sociale werkvoorziening.

Een derde voorbeeld zijn jongeren met ernstige fysieke, psychosociale en emotionele problemen. Ook onder deze jeugdigen doet zich dak- en thuisloosheid voor en verslavingsproblematiek. Verder zijn jongeren kwetsbaar die ernstige gedrags- (en gezins)problemen hebben.

Niet zelden komen kwetsbare mensen in aanraking met politie en justitie; voor sommigen, vooral jongens en jonge mannen, is criminaliteit een onderdeel van hun levensstijl wat de complexiteit van hun problematiek doet toenemen. De politie is voor veel kwetsbare mensen eerder een gevaar dan een instantie die bescherming biedt, al is het ook zo dat voor sommigen alleen de politie nog een vorm van opvang biedt.

Deze drie voorbeeldgroepen heeft de Raad gebruikt als vensters op de problematiek van sociale kwetsbaarheid. In het basisdocument hebben we aan de hand van deze vensters beschreven wat de problemen zijn waarmee kwetsbare mensen te maken hebben, en dan vooral de problemen in de relatie met de voor hen bedoelde voorzieningen. Maar hoewel het misverstand voor de hand ligt, bedoelen we hiermee niet te zeggen dat *alle* individuele personen die tot deze groepen worden

gerekend, kwetsbaar zijn. Evenmin willen we beweren dat *alleen* mensen uit deze groepen kwetsbaar zijn. Integendeel, juist omdat kwetsbare mensen niet of nauwelijks contact hebben met voorzieningen, is het moeilijk hen in beeld te krijgen. Bovendien is kwetsbaarheid een fluïde begrip, wat een afbakening evenzeer bemoeilijkt. Zo wordt wel gewezen op een groep van 'stille kwetsbare mensen', zij leven geïsoleerd en komen niet of nauwelijks de deur uit, laat staan dat zij hulp zoeken bij medemensen of instanties. Vaak zijn het oudere vrouwen die hiermee te maken hebben. Misschien zijn zij op dit moment niet kwetsbaar volgens onze omschrijving, maar het risico bestaat dat zij dat in de toekomst wel worden. Zo zijn er meer mensen in de samenleving die, als de omstandigheden veranderen, bijvoorbeeld als er een periode van laagconjunctuur komt, zich kunnen ontpoppen als kwetsbaar. Verder kunnen ook mensen die 'burn out' raken in een spiraal van kwetsbaarheid terecht komen. Ook het immigratiebeleid en de veranderingen daarin kunnen mensen kwetsbaar maken, zoals sommige alleenstaande minderjarige asielzoekers nu al ondervinden.

Hoeveel mensen zijn er nu eigenlijk kwetsbaar als men de definitie van de Raad volgt?

De groep kwetsbare mensen is op deze manier nog niet geïdentificeerd en dus ook niet gekwantificeerd. Ze vormt voor een groot deel een deelverzameling van min of meer omschreven en getelde doelgroepen als 'maatschappelijk marginales', 'thuisloze jongeren' en 'mishandelde en verwaarloosde jongeren'. Een schatting van deze groepen komt uit op zo'n 65.000 personen (vgl. Schnabel 2000). Maar niet al deze mensen zijn kwetsbaar als we de omschrijving van de Raad volgen. Sommigen weten zichzelf te redden ondanks hun problemen.

## 1.2 *Hoe worden mensen kwetsbaar?*

Er zijn tal van factoren die ertoe bijdragen dat mensen kwetsbaar worden, maar altijd is sprake van een cumulatie van die factoren. In het basisdocument geven we aan de hand van de drie voorbeeldgroepen inzicht in de factoren en de mechanismen die kwetsbaarheid veroorzaken.

Men zou het proces waardoor iemand kwetsbaar wordt, kunnen vergelijken met een draaikolk. Je zakt er steeds dieper in weg, je wordt steeds meer onbereikbaar voor de redders, en de reddingslijnen die worden uitgeworpen, missen steeds hun doel. Het is een zelfversterkend proces. Iemand geraakt in dat proces door een combinatie van persoonlijke factoren, van factoren in het voorzieningenstelsel in het algemeen en in de hulpverlening in het bijzonder en door maatschappelijke factoren. Voorbeelden daarvan zijn het plotselinge verlies van een dierbare, gezondheidsklachten, schooluitval, falende hulpverlening, inkomensachteruitgang, schulden en werkstress. Een bijzondere factor in deze is criminaliteit: die sluit de deur van voorzieningen, behalve de gevangenis, en van de samenleving. Deze kwetsbare mensen worden op het bordje van politie en justitie geschoven die vaak weinig meer kunnen dan machteloos opvangen. Maar ook komt het voor dat de zwakkeren in de voorzieningen opnieuw misbruikt en mishandeld worden.

De rol van de samenleving in de kwetsbaarheid van mensen vraagt nog speciale aandacht. Onze maatschappij creëert namelijk haar eigen uitvallers, doordat we de maatschappelijke systemen, instituties en voorzieningen op een bepaalde manier organiseren en inrichten. Dat geldt bijvoorbeeld voor het onderwijs en voor de arbeidsmarkt, maar ook voor de hulpverlening. Wat plastischer geformuleerd: hoe meer de samenleving hygiëne betracht, hoe meer de vieze mensen opvallen.

Op een heel andere manier geldt de relatie tussen maatschappelijke inrichting en uitvallers. Door het relatieve gemak waarmee mensen tegenwoordig schulden kunnen maken en door alle verleidelijke aanbiedingen, worden zij als het ware uitgenodigd zich in de schulden te steken.

Deze en andere fenomenen scheppen volgens de Raad dan ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg en ondersteuning van die uitvallers. Dat betekent bovendien dat we niet alleen naar de kwetsbare mensen zelf kunnen wijzen om hun kwetsbaarheid te verminderen of op te lossen.

Kwetsbaarheid is geen geïsoleerd probleem, maar hangt mede samen met de wijze waarop de samenleving en de overheid omgaan met de gesignaleerde problemen.

In dit advies verdichten we de samenleving en de overheid tot de relatie tussen kwetsbare mensen en de voorzieningen die voor hen bestemd zijn. Want hoe heterogeen de groep van kwetsbare mensen ook is, naar ons inzicht hebben zij allemaal slechte ervaringen met die voorzieningen, of hebben zij in het geheel geen kans gekregen om welke ervaring dan ook op te doen met voorzieningen. Daardoor missen kwetsbare mensen een van de reddingsmiddelen die hen zouden kunnen helpen. Maar dat niet alleen: uit onderzoek blijkt dat er een relatie is tussen informele steun en formele steun die mensen krijgen. Als mensen een van beide missen, is de kans groot dat ze de andere vorm van steun ook moeten ontberen (Hortulanus et al. 1997). In dit advies gaan we mede daarom in op de relatie tussen kwetsbare mensen en voorzieningen als een bepalende factor in het proces van kwetsbaarheid. We zoeken naar een manier waarop de instellingen eraan kunnen bijdragen dat de kwetsbaarheid van mensen vermindert.

### *1.3 Opzet van het advies*

Gegeven allerhande praktische beperkingen is het in het kader van dit advies onmogelijk om alle domeinen in kaart te brengen waar de kwetsbaarheid zich manifesteert. Er is daarom voor gekozen om de aandacht toe te spitsen op drie zogenaamde vensters: verkommerden en verloederden, jeugdigen in de knel en langdurig inactieven. De Raad heeft zich door middel van interviews met sleutelpersonen en literatuuronderzoek een beeld gevormd van de complexe relatie tussen kwetsbaarheid en het functioneren van voorzieningen op die terreinen. In het basisdocument doen we daarvan verslag. Deze inventarisatie op drie totaal verschillende terreinen leverde een groot aantal gelijksoortige knelpunten op. Dat doet het vermoeden rijzen dat de bevindingen indicatief zijn voor de problemen die zich op andere niet onderzochte terreinen voordoen.

In dit advies passeert de problematiek op drie verschillende niveaus de revue. Hoofdstuk 2 bevat een overzicht van de concrete knelpunten die cliënten en hulpverleners ondervinden. In hoofdstuk 3 en 4 worden deze knelpunten in het bredere perspectief geplaatst van de wijze waarop het voorzieningenstelsel vandaag de dag georganiseerd is. De Raad komt tot de conclusie dat aan de recente veranderingen in de organisatie van de voorzieningen zowel voor- als nadelen kleven. Ondanks of dankzij deze veranderingen wordt nog steeds een grote groep kwetsbare mensen niet of op de verkeerde manier door voorzieningen bereikt. Dat roept de meer fundamentele vraag op omtrent de wenselijkheid van interventies. In hoofdstuk 5 passeren argumenten voor en tegen (vernieuwende) interventies de revue. Hoeveel inspanning moet de overheid zich getroosten om kwetsbare mensen te bereiken? Wat te doen in die gevallen waarin mensen broodnodige hulp weigeren? Tot slot wordt in hoofdstuk 6 een aantal suggesties gedaan om – met inachtneming van de inzichten uit hoofdstuk 5 – de voorzieningen beter te laten functioneren.

## 2 Knelpunten: een ‘mismatch’

Het onderzoek op de drie terreinen leverde een waslijst aan grote en kleine knelpunten op in het functioneren van voorzieningen. De problemen zijn verre van nieuw. Ze worden al jaren door cliënten én hulpverleners genoemd. Dat zij al zo lang bekend zijn, illustreert hun hardnekkigheid. De meest prangende knelpunten komen hier aan de orde, eerst vanuit het perspectief van de hulpzoeker, en dan vanuit dat van de hulpverlener.

### 2.1 *Het perspectief van de hulpzoeker*

De hoogleraar opbouw- en activeringswerk Baart vat het probleem van de hulpzoeker kernachtig samen: ‘Je moet kort en goed niet al te gek, onaangepast, onopgevoed of ongezond zijn, want dan red je het niet, *dan bereik jij de helpers niet*’ (Baart 1997). Een kortere typering van de systeemlogica van de hulpverlening is nauwelijks te geven. Hieronder volgt een aantal redenen waarom zovelen het niet redden.

Hulpverleningsland is onoverzichtelijk. Er zijn vele organisaties met vele specialisaties en dat betekent dat cliënten vaak met een lange zoektocht langs de instituties bezig zijn om de hulp te vinden die ze zoeken. Omdat het systeem de problemen van mensen in stukjes uiteen legt, heeft men als cliënt soms een dagtaak aan het onderhouden van relaties met al die verschillende instanties. Dat kost niet alleen veel tijd maar kan ook hopeloos frustrerend zijn. In de jeugdhulpverlening komt het regelmatig voor dat jongeren een half jaar van intake naar intake gaan. Iedere keer vertellen zij hun verhaal opnieuw en wordt er vervolgens na ampele overweging besloten dat een andere instelling toch geschikter is voor dit probleem. Zo verliezen jongeren stukje bij beetje het vertrouwen in hulpverleners.

Als men – soms eindelijk – iemand gevonden heeft, is het nog maar de vraag hoeveel tijd een hulpverlener kan inruimen voor de problemen die de hulpvrager ter tafel brengt.

Voor de hulpzoeker bestaat er dus een palet aan mogelijke voorzieningen waar men haast verlegen van wordt. Maar toch garandeert dat nog niet dat voorzieningen zijn afgestemd op iemands wensen en capaciteiten. Als men uiteindelijk eenmaal in een bepaalde voorziening of in een bepaald traject zit, wil men nog wel eens met een zekere mate van starheid geconfronteerd worden. Wanneer iemand onverwacht snel in staat blijkt om weer op eigen benen te staan, is het vaak niet mogelijk om van het voorgeschreven traject af te wijken en dit versneld door te lopen (door iemand bijvoorbeeld sneller dan gepland vanuit begeleid wonen naar een zelfstandige woning door te laten stromen). Dat is demotiverend voor de cliënt, omdat zijn of haar kwaliteiten dan onderschat en onderbenut blijven.

Diegenen die met meer problemen tegelijk kampen, worden vaak afgescheept omdat hun situatie te complex is of omdat de hulpverlener zich pas aan het ene probleem wil wagen als het andere is opgelost. Een andere moeilijkheid is dat hulpverleners eerder de voorkeur geven aan de eenvoudige gevallen omdat het verwachte effect van behandeling daarvan groter is. Om de toegang tot – de juiste – hulp te vinden, zijn nogal wat kennis en vaardigheden nodig. En omdat sociaal kwetsbare mensen juist op dat vlak problemen ondervinden, gaat het zo vaak mis.





## 2.2 *Het perspectief van de hulpverlener*

Problemen met het functioneren van voorzieningen kunnen ook vanuit het perspectief van de hulpverlener worden geformuleerd. Ook voor hem of haar bestaan er barrières en belemmeringen om hulpbehoevenden te bereiken. Een hele duidelijke en voor de hand liggende is dat een onbekend deel van de kwetsbare mensen eenvoudigweg niet in beeld is. Een deel van de groep ‘onttrekt’ zich aan voorzieningen en wil niet (meer) ‘lastig gevallen’ worden. Ze wijzen elke vorm van bemoeienis af. Voor een ander deel – bijvoorbeeld een groep alleenstaande bejaarde vrouwen die zichzelf verwaarlozen – geldt dat zij te beschroomd zijn om hulp te vragen, en tegelijkertijd niet opgemerkt worden omdat ze nog geen overlast veroorzaken.

Ook hulpverleners hebben last van het feit dat zij niet al te veel tijd aan een cliënt mogen besteden. Daardoor zijn er te weinig mogelijkheden om iemands situatie goed te doorgronden en te bepalen wat iemand echt nodig heeft. Bovendien maakt dat het moeilijk om cliënten in de gaten te houden en waar nodig aanpassingen te bieden.

Nu instellingen meer gedwongen worden om, binnen vastgestelde termijnen, zichtbare resultaten te tonen, neemt het gevaar van ‘afroming’ van het cliëntenbestand toe. Dat treft met name diegenen met een complexe en meervoudige problematiek, en dus de kwetsbare mensen. In bepaalde sectoren (bijvoorbeeld de bijstandsverlening) wordt de relatie met de cliënt ook bemoeilijkt omdat het werk zowel uit hulpverleningselementen als uit controletaken bestaat. De Wet Boeten en maatregelen verlangt van bijstandsconsulenten een heel andere attitude dan de Algemene bijstandswet. De mogelijkheden om een passend hulpaanbod te realiseren, worden voorts beperkt door regels en formaliteiten en de noodzaak om binnen de methodieken te blijven die het management van de organisatie heeft voorgeschreven.

Onder de kwetsbare mensen bevinden zich ook nog wel eens ‘lastige’ cliënten: mensen die zich slecht aan afspraken houden, weinig gemotiveerd zijn of de boel op stelten zetten. Voor hulpverleners is het moeilijk om deze mensen keer op keer weer vol goede moed op te sporen of te benaderen.

Tot slot hebben ook hulpverleners last van de versnippering van voorzieningen, omdat ze daardoor altijd van andere instanties afhankelijk zijn wanneer er dingen moeten worden geregeld waartoe ze zelf geen bevoegdheid hebben. Daarnaast veroorzaakt deze organisatie van het aanbod een gefragmenteerde dossiervorming en discontinuïteit in dat aanbod.

## 3 Achtergronden van de ‘mismatch’ tussen kwetsbare mensen en voorzieningen

Welke ontwikkelingen in de organisatie van de voorzieningen hebben ertoe bijgedragen dat er een ‘mismatch’ optreedt tussen voorzieningen en kwetsbare burgers en cliënten? We wijzen in deze paragraaf op drie processen:

- fragmentatie van voorzieningen: specialisatie van voorzieningen en van professionals;
- rationalisering van organisatie en werkwijze: de opkomst van zorgprogramma's; het werken met protocollen en standaarden; sturen en financieren op output en resultaat;
- vermaatschappelijking: extramuralisering van de behandeling en opvang van cliënten.

### 3.1 Fragmentatie

Iedereen is eraan gewend dat in de Nederlandse maatschappij voor bijna ieder probleem een aparte voorziening bestaat. Een verschijnsel dat normaal is in de westerse, hoogontwikkelde samenlevingen. De modernisering van die samenlevingen gaat gepaard met een proces van arbeidsdeling waarin steeds meer specialistische functies ontstaan, waarin mensen zich concentreren op een deel van het totale productie- of dienstverleningsproces. Niet alleen organisaties spitsen zich toe op een specifieke taak of functie, ook binnen de organisaties specialiseren de medewerkers zich in bepaalde taken. Arbeidsdeling en specialisatie leiden tot een ingewikkeld stelsel van voorzieningen, en binnen de voorzieningen tot een structuur van min of meer gespecialiseerde afdelingen.

Welke factoren of ontwikkelingen dragen bij aan arbeidsdeling en specialisatie? Ten eerste maakt de enorme groei van kennis en informatie over onder meer de oorzaken van problemen en effectieve interventies het nodig om te specialiseren. Om de beschikbare kennis te beheersen, ontkomt een mens er bijna niet aan om zich te richten op een specifieke discipline of zelfs een deeldiscipline. Deze drijfveer tot specialisatie komt vanaf de werkvloer of vanuit de professies. De kwaliteit van de dienst of het product zou hierdoor aanmerkelijk verhoogd kunnen worden. Een tweede factor van belang is de opkomst van de bureaucratie en het wetenschappelijk management in instellingen in het laatste deel van de twintigste eeuw. De invalshoek is hier veel meer die van de beheersing van processen door het management van een instelling of bedrijf.

Een derde drijfveer, weliswaar nauw verwant met de tweede factor maar afkomstig uit de economie, is de dominante idee dat gespecialiseerde processen en mensen veel efficiënter werken. Deskundigheid op een klein gebied en routinehandelingen binnen dat gebied worden tegen lagere kosten uitgevoerd door de specialisten die snel kunnen werken.

Deze drie factoren of ontwikkelingen zijn dominant in het proces van specialisatie. Die specialisatie is te onderscheiden in verticale en in horizontale vormen

(vgl. Baart 1997). Verticale specialisatie wil zeggen dat er verschillende functies onderscheiden worden vormgegeven in het hele systeem van zorg. Baart onderscheidt vier verschillende functies die door verschillende mensen worden uitgevoerd:

- op strategisch niveau zien dat er noden zijn die gelenigd moeten worden: uitgevoerd door bestuurders, politici en ‘topmanagers’;
- de organisatie van de hulp en zorg: uitgevoerd door managers en ‘hoofden’ op verschillende niveaus;
- de uitvoering van de hulp en zorg: uitgevoerd door de hulp- en zorgverleners in de ‘frontlinie’;
- controleren en nagaan wat de effecten van zorg zijn: onderzoekers en controleurs.

Deze verticale specialisatie vindt plaats in het totale zorg- en hulpverleningssysteem en in de verschillende organisaties binnen dat systeem. De onderscheiding in vier functies is overigens nog tamelijk globaal; de vier functies zijn nog verder te splitsen in allerlei deelfuncties. Daarbij valt onder meer te denken aan specialistische ondersteunende functies, zowel op het niveau van de organisatie als op dat van de uitvoering. Staf- en facilitaire diensten ondersteunen de managers en de uitvoerders bij hun taken. Maar ook in de uitvoering zelf zijn verschillende niveaus te onderscheiden; in de zorg bijvoorbeeld zijn uitvoerders bezig in drie ‘lijnen’. Verder zijn er binnen bepaalde beroepen rangenstelsels ontstaan mede vanuit carrièreperspectieven of arbeidsmarktoverwegingen, zoals in de psychiatrische verpleging en in de thuiszorg.

Horizontale specialisatie betekent dat een probleem wordt uiteengelegd in verschillende aspecten: lichamelijk, psychisch, sociaal, pedagogisch, financieel en geestelijk. Vervolgens wordt voor elk van die aspecten aparte hulp ingezet: arts, psychiater, gezinstherapeut, buurtwerker, remedial teacher, budgetteerder (Baart 1997). Zo kan één hulpvrager te maken krijgen met vele instanties en vele specialisten om zijn hulpvraag te beantwoorden. Nu hebben kwetsbare mensen al moeite om hun leven te managen; de fragmentatie van het aanbod vergroot die moeite alleen maar.

Op zich is het proces van arbeidsdeling en specialisatie niet negatief. Specialisatie levert kwalitatief hoogwaardige kennis op, zowel over de oorzaken van problemen als over de aanpak ervan. Specialisatie wordt fragmentatie als organisaties en mensen langs elkaar heen werken, geen of onvoldoende informatie uitwisselen, vooral erop gericht zijn als organisatie te overleven, zich fixeren op hun ‘fragment’ van het probleem en dat fragment geïsoleerd van de gehele mens benaderen. Het paradoxale is dat allerlei nieuwe vormen die in het leven worden geroepen om de fragmentatie te bestrijden, zoals casemanagers, eerder een nieuw fragment toevoegen aan de bestaande veelvormigheid van voorzieningen en specialisten, dan dat ze die veelvormigheid verminderen.

### 3.2 Rationalisering

Zoals we hierboven al aanstipten, is specialisering gepaard gegaan met professionalisering. Er ontstonden professies en beroepsgroepen die in de eerste plaats eisen stellen aan de toegang tot die professies, onder meer door middel van kwalificaties. Ten tweede proberen zij de kwaliteit te waarborgen door de inhoudelijke kennis op het terrein van de professie vast te leggen in wetenschappelijk verantwoorde studies en onderzoeken, en door de interventies en handelingen van de professionals te standaardiseren onder meer door protocollen en programma's. In de derde plaats proberen de beroepsgroepen hun professie te beschermen tegen misbruik van de titels die aan die professie zijn verbonden. Maar ook beschermen de professionals zich op deze manier tegen invloeden van buitenaf, bijvoorbeeld tegen de interventies van bestuurders en van burgers. Deze vorm van rationalisering, wordt sterk aangedreven door de professionals en hun vertegenwoordigers. In een eerder stadium van dit proces lag de nadruk op de ervaring van de professional; die ervaring zou in de beoordeling van individuele gevallen de doorslag moeten geven. De waarborgen voor de kwaliteit van het handelen van de professional liggen in diens opleiding en kwalificatie, in de begeleiding door een 'senior', in zijn of haar ervaring en in regelmatig herhaalde her- of nascholing. Daarnaast is er binnen veel professies een vorm van 'peer review' opgezet, onderlinge raadpleging in het algemeen of in specifieke gevallen. Zoals gezegd, deze vorm van rationalisering van de professies is en wordt vaak gebruikt als bescherming tegen de inmenging van 'ondeskundige' bestuurders, cliënten en professionals buiten het eigen specialisme. Maar in de verdere ontwikkeling van veel professies zijn andere instrumenten tot stand gekomen, enerzijds om de kwaliteit van het professioneel handelen te waarborgen, anderzijds om de afwegingen van de professionals transparanter te maken. In vaktermen vindt er een beweging plaats van 'experience-based' naar 'evidence-based' handelen. Bij de laatste vorm van professioneel handelen, berust dat handelen meer op uit onderzoek bewezen effectieve interventies dan op ervaring van de professional. De resultaten van onderzoek slaan onder meer neer in richtlijnen, standaarden of protocollen waarmee het dagelijks handelen van de professionals wordt gereguleerd en, op een hoger aggregatieniveau, in zorgprogramma's. Programma's zijn meestal samengesteld uit verschillende modules, waardoor meer behandelingen in één kader worden geplaatst. Verschillende specialismen kunnen in één programma worden gebracht, net als de verschillende 'lijnen' van opvang en behandeling.

Behalve een rationalisering van de werkwijze van de professionals, vindt er ook rationalisering plaats op het niveau van de organisatie en het management van de professionals. Enerzijds is deze vorm van rationalisering bedoeld om de professionalisering te temperen. Anderzijds kan ze bepaalde vormen van professionalisering versterken. De rationalisering van het management wordt sterk gedreven door waarden als effectiviteit, beheersing, efficiency, budgetdiscipline en transparantie. Ook professionals zouden zich moeten voegen naar deze waarden,

waardoor hun beoordelingsruimte wordt ingeperkt. Managers moeten waken over de prestaties die de organisaties leveren en over de kosten waartegen die prestaties worden geleverd. Ze moeten daarover ook verantwoording afleggen aan de buitenwereld. Daarbij ligt er een sterke nadruk op de effectiviteit van de organisatie en op de zo concreet mogelijk te definiëren resultaten die zij boekt. De doelen van een organisatie worden dan ook het liefst in meetbare eenheden en daaraan verbonden streefwaarden vertaald, zodat de resultaten goed inzichtelijk zijn te maken. Managers richten de organisatie uiteraard zo in dat de meetbare doelen kunnen worden gehaald, en dat ze daarover de benodigde informatie krijgen. Dat houdt onder meer in dat professionals worden beoordeeld op de mate waarin ze de afgesproken doelen halen ('afrekenen').

Zoals gezegd, professionals krijgen minder ruimte omdat ze te maken hebben met doelen die de managers hen opleggen. De rationaliteit van de managers werkt op die manier in tegen de rationaliteit van de professionals. Maar aan de andere kant zijn er ontwikkelingen in de professie die de managementrationaliteit juist kunnen versterken, zoals de nadruk op 'evidence-based' handelen en op bewezen en gemeten effectiviteit van interventies.

### *3.3 Vermaatschappelijking*

De derde ontwikkeling verlegt meer dan fragmentatie en rationalisering het perspectief naar de patiënt of de cliënt, of lijkt dat althans te doen. Een belangrijk motief van de vermaatschappelijking van hulpverlening en zorg, is de wens om patiënten en cliënten primair als burgers te zien en om te bevorderen dat ze de maatschappij kunnen deelnemen. Daartoe is het noodzakelijk dat ze zich niet in instellingen buiten de samenleving bevinden, maar dat ze tussen de andere bewoners van Nederland kunnen leven. Want als mensen zijn opgenomen in een instelling lijkt de buitenwereld weg te vallen voor hen en voor de inrichting. 'Dunne' muren blijken niet te bestaan. Vandaar de extramuralisering van de behandeling en opvang van cliënten, die in verschillende gradaties plaatsvindt. Er zijn cliënten die begeleid wonen in een rijtjeshuis. Er zijn ook cliënten die zelfstandig wonen en voor de benodigde ondersteuning zijn aangewezen op ambulante diensten. Ook op het punt van werken zijn allerlei gradaties mogelijk, van eenvoudige dagstructurering tot een, al dan niet begeleide, reguliere werkplek.

De wens om cliënten en patiënten eerst en vooral als burgers te zien, is ook te typeren als vorm van 'empowerment'. Ze worden beschouwd als mensen die keuzen kunnen maken, als autonome en zelfstandige burgers die hun leven zelf inrichten. Cliënten moeten weer vat krijgen op hun eigen leven en daarin keuzen kunnen maken.

Een ander motief voor vermaatschappelijking via de weg van extramuralisering is de wens om de kosten van hulpverlening en zorg te beperken. Een instellingsbed kost meer dan een zelfstandig wonende cliënt die zo nu en dan terug valt op steun, of die enkele uren per dag begeleiding nodig heeft.

Hoewel de resultaten van extramuralisering in termen van de reductie van het aantal plaatsen in instellingen moeilijk zijn te bepalen, bestaat er wel een algemeen gevoel dat het slecht is voor mensen om in instellingen te verkeren, zeker als het tegen hun zin gebeurt. Maar aan de andere kant lijkt de samenleving nauwelijks ingericht te zijn op mensen die voorheen in instellingen zaten of die daar voorheen in zouden zijn geplaatst. Het gevolg is een toegenomen zichtbaarheid van onder meer psychiatrische patiënten, zichtbaarheid die veel burgers ervaren als overlast.

### Grote steden en hun voordelen

“We leven tegenwoordig nogal langs elkaar heen. Ook dat is helaas een factor waarom het niet zo goed lukt met die vermaatschappelijking (van de geestelijke gezondheidszorg – RMO). We hebben een cultuur van buitenshuis werken. Overdag is er geen buurvrouw meer thuis, het is uitgestorven in veel wijken. Grote steden hebben dus zo hun voordelen. Ik ben zelf Amsterdamse, ik ken de Zeedijk en de Warmoesstraat, daar gebeurt van alles de hele dag. Je hebt er nog van die cafés met allerlei leuke types die ook geen werk hebben. Heel kleurrijk allemaal. Het aardige van die plekken is het sociale gevoel dat er nog heerst, zo’n Carmiggelt-sfeertje. Ik zou patiënten nooit aanraden om op het platteland zelfstandig te gaan wonen. In de stad, vooral in volksbuurten, gaat men nog met elkaar om.”

Minister Els Borst in gesprek met Psy (Langelaan en Schoemaker 2000)



## 4 Fragmentatie, rationalisering en vermaatschappelijking: voor- en nadelen

### 4.1 Voordelen

Fragmentatie, rationalisering en vermaatschappelijking hebben belangrijke verbeteringen gebracht in het voorzieningenstelsel van de verzorgingsstaat. Door de toegenomen kennis van problemen en methodieken is de kwaliteit van de diensten verhoogd. Bovendien kunnen die diensten beter worden toegespitst op de individuele cliënt. Specialisering brengt maatwerk en precisie met zich mee, zodat de aanpak van individuele problemen veel gericht plaatsvindt. Voor medewerkers geldt, althans ten dele, dat ze zich kunnen richten op dat waar ze goed in zijn.

Ook in termen van efficiency is veel gewonnen. Veel instellingen zagen zich geconfronteerd met een enorme toename van de vraag naar hun diensten. Om die vraag op een aanvaardbaar kostenniveau te beantwoorden, was een rationalisering van de werkprocessen en van het management nodig. Daarmee groeide eveneens het inzicht in de kosten van diensten en in de resultaten die tegen bepaalde kosten worden geboekt. Instellingen kunnen zich nu beter verantwoorden over de besteding van hun, vaak publieke, middelen.

De rationalisering van het management ging gepaard met bureaucrativering van de processen. Die bureaucrativering heeft er mede toe geleid dat de voorzieningen breed beschikbaar zijn, toegankelijk voor grote groepen mensen, en dat diensten onpartijdig en betrouwbaar worden geleverd.

De verdere rationalisering van de professie, in de vorm van onder meer zorgprogramma's, protocollen en 'evidence-based' interventies, verhoogt niet alleen de kwaliteit, maar vergroot ook de kans dat de werkwijze van instellingen doorzichtiger wordt voor cliënten. De professionals werken immers met openbare standaarden waarop zij makkelijker kunnen worden aangesproken.

De tendens naar vermaatschappelijking van voorzieningen heeft de autonomie en de zelfredzaamheid van cliënten meer op de voorgrond geplaatst. In plaats van dat voorzieningen zich fixeren op datgene wat de cliënt niet kan, op diens tekorten, letten ze nu meer op de mogelijkheden van cliënten. De cliënt heeft in veel gevallen ook een grotere stem gekregen in zijn of haar eigen leven.

Vermaatschappelijking kan het risico verkleinen op nodeloze afhankelijkheid van de cliënten; er zijn vele voorbeelden van cliënten die veel onafhankelijker bleken te kunnen functioneren en veel meer in zich hadden dan de professionals tot dan toe vermoedden. Daarmee nauw verbonden vermindert de extramuralisering de kans op hospitalisering van cliënten, op volgestrekte afhankelijkheid en apathie.

### 4.2 Nadelen

Zonder deze voordelen te miskennen, wijst de Raad ook op nadelen en neveneffecten van fragmentatie, rationalisering en vermaatschappelijking. Horizontale

fragmentatie heeft als belangrijk nadeel dat de aanpak van problemen versplinterd kan raken. Instellingen en professionals kunnen langs elkaar heen werken en tegen elkaar in werken. De coördinatielasten zijn dus hoog, als er al coördinatie plaatsvindt. Vaak is het ook zo dat instellingen de verantwoordelijkheid voor een cliënt afschuiven en hem of haar doorverwijzen naar andere voorzieningen. Dat geldt zeker voor cliënten die kampen met meer problemen. Sommige instellingen stellen de voorwaarde dat een bepaald probleem moet zijn opgelost voordat zijzelf in actie komen. Verder gaan instellingen vaak uit van het aanbod dat ze in huis hebben; ze proberen de cliënten in te passen in dat aanbod. Daarmee reduceren ze ook vaak de complexiteit van de problemen waarmee cliënten worstelen, en miskennen ze dat de verschillende problemen op elkaar inwerken en als het ware deel uitmaken van een integraal probleem. Het risico van verticale fragmentatie is dat de verschillende niveaus onvoldoende met elkaar communiceren en onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. De wereld van het uitvoerende niveau dringt niet meer door in het bestuursniveau, terwijl de uitvoerders wel worden geconfronteerd met van bovenaf opgelegde aanwijzingen. De rationaliteit van de bestuurders is vaak afgestemd op die van de financiers en de beleidsmakers, hetgeen kan leiden tot 'wereldvreemde richtlijnen'. De uitvoerders kiezen dan vaak voor hun eigen rationaliteit, ter wille van de cliënten, en overtreden daarmee soms de regels.

Rationalisering heeft in veel voorzieningen geleid tot een verlies van de menselijke kwaliteit van zorg en hulp. De primaire ethische impuls (Bauman 2000), het gevoel van verantwoordelijkheid voor het mens-zijn van anderen, is vervangen door een handelen in termen van gedepersonificeerde eenheden die passen in de mallen van een gestandaardiseerde aanpak, en die tellen in een verantwoording op meetbare resultaten. Het is merkwaardig, maar veel mensen kunnen prima leven met zo'n aanpak. Sommigen varen juist wel bij de anonimiteit ervan. Maar juist voor de kwetsbare mensen kan deze aanpak negatief uitpakken. De instellingen stellen namelijk hoge eisen aan de toegang. Het effect daarvan is dat er afroming plaatsvindt: alleen de meest kansrijke cliënten dringen door tot het aanbod. Soms is dat het gevolg van bewuste selectie, soms van meer administratieve selectie. In het laatste geval zijn het niet zozeer de aard en de zwaarte van de problemen die de toegang belemmeren, maar de vermogens en de motivatie van cliënten om te voldoen aan allerlei administratieve eisen. Vermaatschappelijking is pas echt voltooid wanneer de ontvangende samenleving werkelijk openstaat voor de cliënten van voorzieningen. Mede omdat dat niet het geval blijkt te zijn, worden sommige mensen aan hun lot overgelaten. De instellingen sluiten de deuren en de ramen en wachten op de vraag van de cliënten vooraleer ze in actie komen. De samenleving weet vaak niet goed wat te doen of etaleert een afkeer van afwijkend gedrag. Dat laatste geldt zeker voor de 'non-deserving poor', de moderne armen, die niet goed liggen bij het publiek.

Deze nadelen en neveneffecten lijken vooral de kwetsbare mensen te treffen. Voor een grote groep mensen weten de voorzieningen het juiste aanbod te leveren, of liever, veel mensen weten zodanig te manoeuvreren dat ze kunnen



profiteren van de voorzieningen. Wie dat vermogen tot manoeuvreren mist, heeft het veel moeilijker.

Schema: Voor- en nadelen

	Voordelen	Nadelen
Fragmentatie	Maatwerk; kwaliteit	Versplintering van de aanpak; afschuiven van verantwoordelijkheid; aanbodgericht; reduceert complexiteit en integraliteit van een probleem
Rationalisering	Efficiency; transparantie; 'evidence-based'	Wantrouwen; verlies van menselijke kwaliteit van de zorg; afroming en hoge toegangseisen
Vermaatschappelijking	Integratie; zelfredzaamheid; vraagtekens bij de noodzaak van bepaalde voorzieningen; dehospitaliserend	Verloedering; isolement

## 5 Wat nu? Morele argumenten voor en tegen (nieuwe) interventies

In dit advies zijn een groot aantal knelpunten de revue gepasseerd. Omdat daardoor de nadruk lag op de dingen die niet deugen, ontstaat al snel de indruk dat het stelsel van voorzieningen absoluut niet functioneert. Maar dat is natuurlijk niet zo. De problemen die hier geschetst zijn, treffen vooral een kleine groep. Hun problemen blijven waarschijnlijk juist bestaan omdat het systeem *in zijn algemeenheid* best redelijk functioneert. De doorsnee cliënt vindt de hulp die hij of zij zoekt en heeft daar baat bij. Mede daardoor komen in het huidige systeem de zogenaamde ‘probleem-kluwen-klienten’ – zoals sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Schout ze noemt – onvoldoende aan bod (Schout 2000).

De vraag is nu wat hieraan gedaan zou moeten en kunnen worden. Voordat we op deze vraag in het volgende hoofdstuk een organisatorisch antwoord geven, behandelen we eerst wat de legitimatie is van overheidsinterventies in het leven van kwetsbare mensen. Die interventies hebben immers gevolgen voor de individuele vrijheid en de autonomie van burgers. Hoe ver kun je gaan in het aanbieden van hulp aan mensen die er geen behoefte aan hebben? Hoe omvattend mag een systeem georganiseerd worden teneinde het welzijn van burgers te garanderen?



### 5.1 Legitimatie

Waarom zouden de overheid en de instellingen oplossingen aandragen voor de kwetsbare mensen over wie wij in dit advies spreken? Is het probleem van zodanige aard en omvang dat het een financiële en organisatorische investering van overheidswege waard is? De verantwoordelijkheid van de overheid is gebaseerd

op de Grondwet: voldoende werkgelegenheid, bestaanszekerheid, spreiding van welvaart, volksgezondheid en voldoende woongelegenheid, worden daar immers genoemd als voorwerpen van overheidszorg. Deze sociale grondrechten krijgen extra klem tegen de achtergrond van een eerdere opmerking dat de manier waarop de samenleving en de voorzieningen zijn georganiseerd, bepaalde mensen naar de marge drukt. Dat is bijna onvermijdelijk, maar dat betekent naar de mening van de Raad wel dat de overheid verantwoordelijkheid draagt om juist deze mensen te ondersteunen. Kwetsbare mensen doen een appèl op de verantwoordelijkheid van de samenleving, van al haar leden en van de overheid, om zich hun lot aan te trekken. Dat appèl komt op de samenleving als geheel af, maar ook op de afzonderlijke leden en op hun vertegenwoordigers. In de mate waarin de samenleving de verantwoordelijkheid voor het mens-zijn van kwetsbare anderen op zich neemt, bewijst zich de kwaliteit van het leven in die samenleving (vgl. Bauman 2000). Daarbij dienen we ons te realiseren dat vormen van formele en informele solidariteit met elkaar verweven zijn, en dat het niet automatisch zo is dat het particulier initiatief die zorg overneemt als de overheid zich terug trekt (vgl. Hortulanus en Machielse 2000).

De kwetsbare mensen, zeker de zichtbaren onder hen, appelleren ook aan een gevoel dat voortkomt uit die verantwoordelijkheid, namelijk het collectieve onbehagen over het feit dat er mensen zijn die niet meedelen in de welvaart en die in onze samenleving van ongekeerde mogelijkheden, hun leven, klaarblijkelijk of schijnbaar, niet op orde krijgen. Dat onbehagen noopt tot reactie, zowel van burgers als van de overheid die door haar burgers wordt aangesproken. Ten slotte kan de overheid haar ingrijpen legitimeren doordat sommige kwetsbare mensen overlast veroorzaken. Nu is overlast niet bepaald een eenduidig begrip. Samenleven vergt een grote tolerantie voor afwijkende levensinvullingen, een tolerantie die de burgers en de overheid niet altijd opbrengen. Soms lijkt het erop dat terwijl de diversiteit van levensstijlen toeneemt, de tolerantie voor verschil afneemt, zeker als de verschillen elkaar raken en mensen zich niet kunnen afwenden in onverschilligheid. Dat neemt niet weg dat als er sprake is van echte overlast, de overheid gelegitimeerd is om te interveniëren.

### **Ben ik mijn broeders hoeder?**

“Met die boze vraag van Kaïn begon alle immoreel gedrag. Natuurlijk ben ik mijn broeders hoeder. Ik ben dat omdat het welzijn van mijn broeder afhangt van wat ik doe of achterwege laat. Ik ben een moreel wezen omdat ik die afhankelijkheid erken en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheid aanvaard. Maar op het moment dat ik die afhankelijkheid in twijfel trek en – net als Kaïn – een goede reden eis voor mijn betrokkenheid, wijs ik die verantwoordelijkheid af en ben ik niet langer een moreel wezen. Mijn broeders afhankelijkheid maakt mij tot een ethisch wezen. Afhangelijkheid en ethiek gaan hand in hand en sneuvelen hand in hand.”

Emmanuel Levinas in Bauman (2000)

## 5.2 Ingrijpen en zelfbeschikking

De laatste decennia is het principe van de individuele zelfbeschikking een steeds belangrijker rol gaan spelen bij de bepaling van de richting van het overheidsbeleid. De burger wordt daarbij voorgesteld als een autonoom wezen, dat heel goed zelf in staat is om verantwoorde keuzen te maken. Burgers beschikken over de competenties om zaken tegen elkaar af te wegen en uiteindelijk dingen te doen die het beste voor hen zijn. Zij worden als zelfredzame wezens gepresenteerd. Dat heeft als gevolg gehad dat op allerlei beleidsterreinen de wens werd uitgesproken, dat de overheid zich minder betuttelend zou moeten opstellen. Niet de instellingen, maar de burgers moesten bepalen wat er gebeurt. Het thans zo populaire adagium van het vraaggerichte werken vormt het logische sluitstuk van een benadering die het axioma van de zelfredzame, autonome burger als uitgangspunt neemt.

Voor de sociaal kwetsbare mensen bergt deze benadering een gevaar in zich. Het axioma van de zelfredzame burger vereist dat mensen initiatiefrijk zijn en actief aan gaan achter dingen die ze nodig hebben. Mensen die dat niet doen, uit onwetendheid of onwil, blijven daardoor (langer) buiten beeld. Het niet-bereik van voorzieningen is – voor een deel althans – te wijten aan de passiviteit van instellingen. Die passiviteit wordt gelegitimeerd en zelfs aangemoedigd door het axioma van de zelfredzame burger. De hulpverlener die ongevraagd op de stoep staat, krijgt al snel het verwijt betuttelend en paternalistisch te zijn.

Volgens velen is een dergelijke strategie niet zaligmakend. ‘We staan met lege handen, we hebben niets te bieden aan wie er niet om vraagt’, aldus wethouder Paas van de gemeente Groningen (Paas 2000). Wil men het bereik van voorzieningen vergroten, dan vraagt dat om interventies die op gespannen voet kunnen staan met het respect voor autonomie.

Wie het beste voor heeft met sociaal kwetsbare mensen zal niet ontkomen aan het maken van inbreuk op iemands autonomie. Dat kan een heel milde vorm van activisme zijn, bijvoorbeeld wanneer men vereenzaamde mensen actief opspoot en ongevraagd thuiszorg en andere vormen van hulp aanbiedt. Maar het kan ook om veel ingrijpender interventies gaan, zoals drang of bemoeizorg of – nog ingrijpender – dwang.<sup>1</sup> Na jarenlange terughoudendheid op dit vlak,

1 Van drang is sprake als iemand in zijn of haar keuze wordt beïnvloed met het doel hem of haar een bepaalde, door een hulpverlener wenselijk geachte, keuze te laten maken. De laatste tijd komt er meer belangstelling voor zowel de positieve als de negatieve kanten van drang; er is ook een aantal termen voor in gebruik, zoals ‘bemoeizorg’ en ‘hulpverlening onder voorwaarden’. We spreken van dwang als iemand tegen zijn of haar wil tot enig doen of nalaten wordt genoodzaakt. Degene om wie het gaat, heeft wat dit betreft geen enkele keuze meer en wat er dan gebeurt, is altijd tegen zijn of haar wil. Bij dwang is er sprake van een wettelijke en/of een feitelijke beperking.

gaan er de laatste tijd weer stemmen op vaker naar deze middelen te grijpen.<sup>2</sup> Inmiddels heeft de Eerste Kamer een wetsvoorstel aangenomen dat de rechter de mogelijkheid biedt om verslaafden die zich herhaaldelijk crimineel gedragen, op te laten nemen in een strafinrichting, waarin zij “‘gedwongen’ deelnemen aan activiteiten die hen voorbereiden op een ‘gezonde terugkeer’ in de maatschappij” (vgl. Staatsblad 2001).

De Raad meent dat – ook in een tijd waarin inderdaad de meeste burgers geëmancipeerd en zelfredzaam zijn – de plicht blijft bestaan om zoveel mogelijk mensen te bereiken en hen in staat te stellen de kwaliteit van hun leven te vergroten. Dat kan dus ook betekenen dat in bepaalde gevallen een inbreuk op iemands privacy, zelfbeschikkingsrecht, of autonomie gepleegd wordt om iemand broodnodige zorg te bieden. De vraag is nu in welke situaties dit gerechtvaardigd is en hoe groot een dergelijke inbreuk mag zijn.

Het respect voor autonomie hoort altijd voorop te staan. Niet alleen omdat mensen zichzelf door autonome keuzen uitdrukken, maar ook omdat zelfgekozen oplossingen de grootste garantie op succes bieden. Dat pleit voor een benadering waarin in eerste instantie lichte vormen van bemoeienis worden gebruikt; men moedigt mensen aan om datgene te doen dat goed voor ze is. Of sterkere ingrepen gerechtvaardigd zijn, is afhankelijk van de schade die men met dat ingrijpen weet te voorkomen. Het zwaarste middel, de vrijheidsontneming, mag volgens de huidige wettelijke regelingen alleen worden toegepast als iemand een ernstig gevaar voor zichzelf vormt. Op dit moment gaan stemmen op om dit gevaarscriterium weer te vervangen door het ‘bestwil’-criterium. Dat leidt bijvoorbeeld tot pleidooien om over te gaan tot dwangverpleging van verslaafden. De Raad pleit niettemin voor een zeer terughoudend gebruik van deze zware middelen. Die terughoudendheid is niet alleen van belang vanuit een respect voor het zelfbeschikkingsrecht, maar ook vanwege het eerder genoemde punt van de effectiviteit. ‘Mensen, ook ‘probleem-kluwen-kanten’, zijn geneigd achter zelfgekozen oplossingen te gaan staan. Door anderen opgelegde hulp wordt maar zelden ervaren als welgemeende zorg’ (Schout 2000).

Interventies kunnen naar de mening van de Raad ook effectiever zijn wanneer de hulpverlener beter op de hoogte is van de situatie van de cliënt. Een vertrouwensrelatie is daarvoor onontbeerlijk. Dat vereist dat er voldoende tijd is om deze relatie op te bouwen en te onderhouden. Meer ingrijpende interventies in de richting van bemoeizorg en dwang, zijn alleen te rechtvaardigen indien klip en klaar is dat de belangen van de cliënt daarmee zeer gediend zijn. Om dat te bepalen, moet een hulpverlener zeer goed op de hoogte zijn van de situatie van

<sup>2</sup> Zo pleitte de Groningse wethouder Paas voor dwangverpleging van verslaafden. ‘De overheid is niet uitgevonden om op haar handen te zitten bij grote maatschappelijke problemen. De terughoudendheid en het respect voor de autonomie zijn te groot’ (Paas 2000).

de cliënt. Ook dat pleit voor een omgeving die ruimte biedt aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

De Raad vindt het irrealistisch om ervan uit te gaan dat de problemen van alle sociaal kwetsbare mensen voor altijd en eeuwig kunnen worden opgelost. In de politieke en bestuurlijke retoriek wordt nog wel eens de indruk gewekt dat zo'n letterlijk sluitende aanpak mogelijk en wenselijk is. Sommigen zullen altijd zijn aangewezen op voorzieningen, of als een jojo heen en weer gaan tussen voorzieningen en het zelf rooien enerzijds, of tussen voorzieningen en 'de goot' anderzijds. De samenleving zal er misschien ook mee moeten leren leven dat sommigen van hen er (meer of minder) bewust voor kiezen om geen gebruik of geen langdurig gebruik van voorzieningen te maken, maar om hun eigen, in onze ogen, slonzige pad te gaan. Dat neemt niet weg dat er altijd een morele plicht is om keer op keer deze mensen te benaderen en na te gaan hoe hun situatie zo goed mogelijk verbeterd kan worden en dat bepaalde – vanuit het perspectief van de zelfredzaamheid paternalistische – interventies daaraan kunnen bijdragen. Daarom mag het besef dat hulp eindig is, nooit leiden tot (institutionele) onverschilligheid, afwentelen van verantwoordelijkheid en eindeloze doorverwijzingen.

Voor het ingrijpen zijn geen algemene, uniforme kaders te schetsen omdat cliënten onderling sterk verschillen, andere problemen hebben en zichzelf in verschillende mate in gevaar brengen. De Raad meent in zijn algemeenheid wel waar te nemen dat hulpverlening zich door allerlei oorzaken terughoudender opstelt dan wenselijk. Dat leidt ertoe dat enerzijds allerlei milde vormen van paternalisme – outreachende vormen van hulp, ongevraagd huisbezoek – onbenut blijven. Vaak gebeurt dat met een beroep op de privacy van mensen. Maar als zaken dan ernstig uit de hand zijn gelopen, moet opeens gegrepen worden naar drastische middelen die een ernstige inbreuk vormen op iemands vrijheid en daarom zeer bezwaarlijk zijn. De vraag is of de (vermeende) schending van de privacy niet een minder kwaad is dan een drastische inperking van iemands vrijheid.

Men zou moeten streven naar een structuur waarin juist meer ruimte is voor minder ingrijpende vormen van bemoeienis. Daardoor hoeft men ook minder snel te grijpen naar drastische middelen of – zich verschuilend achter het axioma van de zelfredzaamheid – op de handen blijft zitten en mensen aan hun lot overlaat.

Veranderingen in de organisatie van het voorzieningenstelsel, kunnen bijdragen aan deze strategiewijziging. Er zijn immers ook allerlei organisatorische redenen waarom in vroege stadia te weinig of niets gedaan wordt.

## 6 Een nieuwe institutionele omgeving

Hoe kan het praktisch functioneren van voorzieningen verbeterd worden? Op welke manier kan het bereik van organisaties vergroot worden onder de zogeheten ‘probleem-kluwen-klanten’, de kwetsbare mensen in de samenleving? Hoe zorgen we ervoor dat interventies onder hen effectiever zijn?

Eerst dient zich echter de vraag aan waarom we aandacht schenken aan de organisatie van de hulpverlening. Waarom verwacht de Raad dat met een organisatorische ingreep kwetsbare mensen beter terzijde worden gestaan? In het advies *Aansprekend burgerschap* heeft de RMO gepleit voor een type organisatie waarin de professionals aan het ‘front’ van de samenleving een behoorlijke discretionaire ruimte krijgen om hun taken in te vullen. Dat bevordert het verantwoordelijk handelen van die professionals, en het biedt de mogelijkheid om diensten dicht bij de burgers te organiseren en beter af te stemmen op wensen en behoeften van die burgers. Dat laatste is ook aan de orde in dit advies waar de wensen en behoeften van kwetsbare mensen centraal staan. Om daaraan tegemoet te kunnen komen, zijn volgens de Raad in ieder geval twee dingen nodig, namelijk een betrokken aanpak en een organisatorische setting waarin deze aanpak kan gedijen. De betrokken aanpak is reeds op diverse plaatsen beschreven en wordt in diverse steden ook op de een of andere wijze gepraktiseerd, in verschillende sectoren.<sup>3</sup> In de kaders beschrijven we enkele voorbeelden daarvan. De rijksoverheid stimuleert de aandacht voor kwetsbare mensen, onder meer door de task force vermaatschappelijking, het platform OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) en het Bopz-beleid.<sup>3</sup> Voor de organisatorische setting schetsen we een model waarmee een aanpak mogelijk is die minder afhankelijk is van ‘toevallige’ omstandigheden en personen. Een dergelijk model geeft ook de stevigheid en statuur die nodig zijn om reguleringen te doorbreken en om institutionele grenzen te slechten, als dat nodig is. De hulpverleners binnen dit model krijgen, tot slot, de status die nodig is om de zorg en hulpverlening aan kwetsbare mensen te regelen.

### 6.1 Een betrokken aanpak

Als we vanuit het perspectief van cliënten naar het voorzieningenaanbod kijken, aan welke eisen moeten deze voorzieningen dan voldoen? Ten eerste moeten de diensten van deze voorzieningen passen bij hun persoonlijke biografie, bij hun afkomst en het leven dat ze hebben geleefd, de initiatieven die ze hebben ontplooid en de klappen die ze hebben opgelopen. Ten tweede moeten die diensten samenhang vertonen, samenhang met de biografie en samenhang met andere diensten. Ten derde vormt vertrouwen een cruciale factor. Cliënten willen net als ieder ander met vertrouwen en respect worden bejegend. Het herkend worden en niet moraliserend behandeld worden, zijn essentiële elementen in een dergelijke vertrouwenwekkende aanpak.

<sup>3</sup> Zie het basisdocument.

Ten slotte willen cliënten serieus worden genomen, niet betutteld maar aangesproken op wie ze zijn en wat ze kunnen. Ze willen niet geholpen worden door iemand die het altijd en allemaal beter weet. Eerder willen ze optrekken met iemand die hen – waar nodig – steunt en richting geeft, die zich als een partner, een maatje manifesteert. Serieus nemen, houdt ook in dat de medewerkers cliënten kunnen aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid voor het leven dat ze leiden en de keuzen die ze daarin maken.

Deze eisen leveren de contouren op van een werkwijze die vruchten kan afwerpen. Die contouren zien er als volgt uit. Het werk is arbeidsintensief en vergt lange adem. De werkwijze is erop gericht vertrouwensrelaties met cliënten op te bouwen, vandaar dat contacten persoonlijk, intensief en langdurig zijn. Hulpverleners zullen ook zichzelf moeten geven om contact te krijgen, uiteraard binnen de marges van hun professionaliteit. Hulpverleners moeten daarom ‘dag en nacht’ beschikbaar zijn. Onderdeel van de intensieve begeleiding is het zoeken naar aanknopingspunten in de biografie van mensen en in hun netwerken om hun leven een positieve wending te geven. Dat vraagt om een zekere bemoeizuchtigheid van de uitvoerders, die is te legitimeren uit de band die zij met de cliënten hebben opgebouwd. De uitvoerders verkennen de grenzen van de privacy, bijvoorbeeld van gezinnen, dat is onontkoombaar. Zij zullen zover mogelijk gaan om hun cliënten te steunen.

De werkwijze is voorts vindplaatsgericht en outreachend: werkers moeten erop uittrekken, want hun cliënten zullen de weg naar de instelling niet altijd vinden. De aanpak is ook handelingsgericht, in de zin dat de bestaande handelingsproblemen en –mogelijkheden van cliënten als vertrekpunt worden genomen. Verder is de werkwijze integraal, gericht op de verwevenheid van verschillende problemen (vgl. Van der Laan 2000).

De werkwijze bevat elementen van ‘onproductieve eenvoud en alledaagsheid’; optrekken met iemand betekent nu eenmaal dat je gezamenlijk alledaagse activiteiten onderneemt, zoals koffie drinken en dikke auto’s kijken (Baart 2000). Mede door deze onproductieve elementen is succes, althans zoals dat doorgaans





wordt omschreven, moeilijker te meten en te rapporteren. Men moet er überhaupt rekening mee houden dat de kans op dat succes geringer zal zijn dan in het reguliere werk.

## **T-team**

"Vanaf het begin sta je naast de jongere. Je denkt met hem mee, maar de jongere bepaalt en doet zelf. Jij mag aangeven hoe hij dat zou kunnen aanpakken. De jongeren zitten aan het stuur en als ze slingerend over de weg gaan, kun je proberen bij te sturen." Aldus een T-teamer die het uitgangspunt van zijn team uit de doeken doet. Het T-team is bedoeld om jongeren zonder vaste woon- of verblijfplaats te ondersteunen. In verschillende steden zijn deze teams van de grond gekomen. De T-teamers trekken met de jongeren op, brengen hun netwerk en hun problemen in kaart, leveren praktische hulp en ondersteunen de jongeren bij het formuleren en uitvoeren van de plannen die zij samen maken. Veel jongeren melden zich zelf aan bij het T-team, maar de T-teamers spreken ook zelf thuisloze jongeren aan. Vaak kunnen de jongeren niemand meer om hulp vragen; overal hebben ze problemen. 'Wij nemen ze als het nodig is even aan de hand om tot rust te laten komen. Als er dan een vertrouwensrelatie is opgebouwd, kun je verder.' (Hulshof 2000)

Opvallend is dat vooral vrijwilligers op enkele terreinen deze werkwijze gebruiken. De Raad signaleerde al eerder in het advies *Uitsluitend vrijwillig?! (RMO 1997)* dat in de 'frontlinie' van de samenleving allerlei nieuwe vormen van vrijwilligerswerk (zijn) ontstaan. Hun gemeenschappelijk kenmerk is de vaak intensieve begeleiding van mensen die nergens anders terecht kunnen. Bekende voorbeelden zijn de vele buddy- en maatjesprojecten die overal uit de grond zijn geschoten, zoals in de psychiatrie en in de palliatieve zorg.

### *Op zoek naar schapen met vijf poten?*

Deze aanpak vraagt om een specifiek type uitvoerders. Niet iedereen is geschikt om zo te werken. Bij de projecten die de Raad onder ogen heeft gehad, sprong de gedrevenheid van deze werkers eruit. Soms zijn het mensen die uit de doelgroepen afkomstig zijn en die uit ondervinding weten wat het is om kwetsbaar te zijn. Die ervaringskennis lijkt van belang voor het slagen van de aanpak. Voorts moeten het mensen zijn die stevig in hun schoenen staan. Stevig omdat het opbouwen van vertrouwensrelaties het risico met zich meebrengt dat de werkers zich volledig identificeren met hun cliënten en het – soms op of over de rand van het criminele – gedrag van die cliënten overnemen. Professionele afstandelijkheid is nodig en de uitvoerders moeten die kunnen opbrengen. Stevig ook, omdat ze zo dicht bij cliënten staan dat crises hard kunnen aankomen.

De werkers moeten in staat zijn om dicht bij de cliënten te komen, maar ook om, als dat nodig is, professioneel afstand te nemen. Ze moeten ook oog hebben voor de eisen die de omgeving stelt, de eisen van de organisatie en van de samenleving. De werkers hebben het vermogen nodig om te kunnen leven met kleine, onzekere of geen resultaten en met teleurstellingen. De hulpverleners moeten kunnen omgaan met meer problemen tegelijk en als een casemanager de betrokken organisaties kunnen sturen. Als het nodig is, zullen de werkers drang uitoefenen. De werkers zijn kortom trapezeartisten, balancerend op het dunne koord tussen aandringen en loslaten, tussen nabijheid en distantie (vgl. Schuyt 1995). De beslissingen die zij nemen over de omgang met en de behandeling van cliënten, zijn eigenlijk altijd dubbelzinnig en discutabel. Het werk is omgeven door een grote mate van ambivalentie en onzekerheid, die niet kan worden gereduceerd door te vluchten in regels en procedures (vgl. Bauman 2000). Daar moet je als werker op ingesteld zijn. Dat contrasteert sterk met de grote nadruk die zowel door het management als door consumenten/cliënten gelegd wordt op transparantie, eenduidigheid, rechtsgelijkheid en effectiviteit van dienstverlening. Dat is geen vrijbrief voor onverantwoord en onverantwoordelijk handelen. Juist de discutabele interventies verdienen het om getoetst en besproken te worden.

### **Irritante bemoeial**

‘Ze hebben de bureaustoel verruild voor het fietszadel en een mobieltje en noemen zich ‘casemanager’. De Alkmaarse casemanager volgt de cliënten, thuis en in hun gang door de instellingen. ‘Ik wil proberen met die jongen een vertrouwensband op te bouwen. Dat doe ik door een aantal praktische zaken voor hem te regelen. Daarna moet er gekeken worden wat er nu met die knaap aan de hand is.’ Deze ‘mobiele functionaris is per definitie een welhaast irritante bemoeial. Een pottenkijker die morrelt aan de grenzen van de privacy, met als doel de cliënt tegen zichzelf te beschermen.’ Wat vinden de mensen daar zelf van? ‘De meeste mensen zijn allang blij dat zich iemand om hen bekommert.’  
(Muijen 2001)

## *6.2 Het S-team*

Welke organisatie is nodig om deze aanpak te realiseren? In ieder geval moet deze organisatie tegemoet komen aan twee hoofdzaken. Ten eerste is dat de vrijheid voor de werkers om vertrouwen bij de cliënten te kunnen wekken en om daadkrachtig de noodzakelijke diensten te kunnen regelen. En ten tweede moet er samenhang zijn in de aanpak van de problemen van kwetsbare mensen. Daarvoor is het nodig dat de werkers autonomie en een aantal vrijheden krijgen. Zij moeten worden vrijgesteld van het normale regime van de instellingen. En daarom moeten zij in een aparte organisatie of organisatie-unit worden ondergebracht. Een mogelijke vorm is het S-team, een vorm die de Raad hier

verder uitwerkt. Maar de Raad benadrukt dat elke gemeente een eigen, lokaal-specifieke variant van deze organisatie kan ontwikkelen. Zo'n S-team richt zich er vooral op de cliënten te bemiddelen naar de voorzieningen, al kan het zich uiteraard bedienen van zijn eigen, minder gespecialiseerde deskundigheid. Als bemiddelen niet lukt, heeft het S-team bevoegdheden nodig om bepaalde diensten daadwerkelijk te regelen, om in noodgevallen door bestaande procedures heen te breken. Verder volgt het S-team de cliënten en houdt meer of minder intensief contact met ze, ook als ze geen gebruik maken van reguliere diensten. In die zin is het S-team een geformaliseerd buddy-systeem. De caseload van een teamlid is gering en zal zo rond de 25 à 30 cliënten liggen, van wie niet iedereen even intensief begeleid wordt. De maximale omvang van een team is ongeveer tien personen; een team heeft dus maximaal 300 cliënten. De teams zijn niet gelijkmatig verspreid over Nederland. Ze zullen vooral in de grote steden worden ingesteld. Hoeveel teams nodig zijn, is niet op voorhand duidelijk. Door pilots op te starten, kunnen lokale overheden ontdekken hoeveel kwetsbare mensen zich in de gemeente bevinden.

Voor de interne verhoudingen binnen het S-team hebben we ons laten inspireren door het voorbeeld van een maatschap. De organisatie kan relatief plat gestructureerd zijn: het is een maatschap in de dubbele betekenis van het woord. Allereerst gaan intern de medewerkers op basis van gelijkwaardigheid met elkaar om: intercollegiale toetsing en besluitvorming zijn daarbij de norm. Ook extern is 'maatschap' het richtsnoer: men stelt zich naast en niet boven de cliënt op maar probeert zo goed mogelijk samen met iemand oplossingen te vinden.

#### *De organisatie van het S-team*

Het is duidelijk dat een werkwijze voor kwetsbare mensen hoge eisen stelt aan de organisatie. Er dienen goede structuren van coaching en intervisie te zijn. Autonomie en verantwoordelijkheid dienen hand in hand te gaan met verantwoording en transparantie. Niet alleen om de cliënten te beschermen tegen mogelijke willekeur, maar ook om de werkers zelf te beschermen en waar nodig te ondersteunen. Mentoren en supervisors dienen dicht bij de werkers te staan, net zoals de werkers dicht bij de cliënten staan. Vaak zal het werk van de hulpverleners het beste aan de hand van concrete cases kunnen worden besproken. Dat vraagt ook een geschikte aanpak van beoordelings- en functioneringsgesprekken. Intercollegiale toetsing staat daarbij voorop.

Welke kwalificatie-eisen stelt dit aan de werkers onder kwetsbare mensen? Volgens de Raad hebben werkers voor dit werk niet genoeg aan een diploma of een certificaat. De kennis die je opdoet in een opleiding, heeft maar een beperkte waarde en is waarschijnlijk niet doorslaggevend om te slagen in het werk. Wat dit werk nodig heeft, zijn mensen met specifieke persoonlijke eigenschappen. Sommige mensen die uit de doelgroep afkomstig zijn, hebben de benodigde persoonlijke karakteristieken. Maar ook anderen kunnen voldoen aan het

profiel zonder over de formeel benodigde kwalificaties te beschikken. Het S-team zou dispensatie moeten kunnen geven aan ongediplomeerde werkers. Het werk onder kwetsbare mensen eist zoveel, dat slechts weinigen dit lang kunnen volhouden. Organisaties dienen zich te bezinnen op de carrièrepaden van deze vrijgestelde werkers. De normale wegen kunnen zij moeilijk bewandelen. De werkers zouden ook moeten kunnen rouleren. Een organisatie waarin werkers gedurende een zeer lange tijd met een kleine caseload van steeds dezelfde cliënten aan de slag zijn, loopt het risico dat zowel de cliënten als de medewerkers volstrekt verzanden.

### *S-team en cliënten*

Wie zijn de cliënten van het S-team? Het S-team moet mensen terzijde staan die voorlopig nergens anders terecht kunnen, die al een circuit aan hulpverleners aan zich voorbij hebben zien trekken zonder dat ze er verder mee kwamen. Het S-team is er niet voor eerste meldingen van problemen, noch voor signalen van problemen. Het komt pas in actie als andere voorzieningen hebben gefaald. Dat sluit overigens niet uit dat het S-team signalen oppikt en doorgeeft aan de voorzieningen.

Hoe komt het S-team aan zijn cliënten? De hoofdregel is eenvoudig: wie zich meldt bij het team, is een cliënt. Dat hoort bij een team dat als een 'last resort' functioneert. Afgaande op de biografie van de mens tegenover hen, zal het S-team vervolgens bepalen of degene ook cliënt blijft. Zonodig verwijst het team naar andere instellingen. Het S-team trekt er ook op uit om te zien of zich op straat potentiële cliënten bevinden. Ten slotte reageert het team op meldingen van andere instellingen, zoals de politie, de woningbouwvereniging, GGD's, enzovoort.

In de omgang tussen S-teamwerker en cliënt is vertrouwen het sleutelwoord. Werkers moeten voldoende tijd hebben om die vertrouwensband op te bouwen en cliënten moeten gedurende langere tijd op de hulpverlener kunnen bouwen. Werken in kleine eenheden geeft de hulpverleners de steun die nodig is voor hun moeizame werk. De eenheden en de werkers, moeten makkelijk toegankelijk zijn voor cliënten.

Maar de individuele cliënt en hulpverlener moeten niet tot in het oneindige tot elkaar veroordeeld zijn. Zowel voor cliënten als voor hulpverleners is het goed dat de hulpverleningsrelatie kan worden verbroken, zowel op initiatief van de cliënt als op dat van de hulpverlener of de organisatie. Daarom dienen er heldere afspraken te zijn over de beëindiging van contacten. Die afspraken behelzen onder meer (het streven naar) wederzijdse instemming en vervanging door een andere hulpverlener. Wellicht kan hier lering worden getrokken uit de wijze waarop in de psychotherapie de relatie tussen therapeut en cliënt wordt geregeld. Ook daar is vaak sprake van een grote mate van intimiteit en afhankelijkheid, terwijl tegelijkertijd de afstand en de eindigheid in de gaten moeten worden gehouden.

### *S-team en andere organisaties*

De enige dienst die het team zelf levert, is de inzet van bemiddelaars voor cliënten. Alle andere diensten (bijstand, opvang, werkervaringsplaats, scholing, psychiatrische hulp) moet het reguliere voorzieningenstelsel verschaffen. Dit advies laat zien dat het met name voor sociaal kwetsbare mensen moeilijk is om daar aanspraak op te maken en ook om deze voorzieningen in samenhang te gebruiken. Het team moet in staat zijn om bepaalde diensten te regelen, ook wanneer dat volgens geldende procedures en wachtlijsten eigenlijk niet meer of niet onmiddellijk kan. Het gaat daarbij vooral om basale en levensnoodzakelijke diensten. Het S-team verzorgt géén crisisopvang – het heeft bijvoorbeeld geen bedden ter beschikking – maar heeft wel een eigen budget om te voorzien in directe noden.

Andere organisaties moeten het team autoriseren om, als dat nodig is, zwaailicht en sirene aan te zetten en met een cliënt over de vluchtstrook te rijden om zo snel als mogelijk adequate hulp te bieden. Zo'n systeem werkt alleen als men daar niet permanent gebruik van hoeft te maken. Zo lang als het kan en bij de voorzieningen waar dat kan, rijdt men mee in het normale verkeer. Alleen bij een uitslaande brand rukt men uit en krijgt men ruim baan. Men moet dit uiterste middel behoedzaam gebruiken. Maar als het nodig is, moeten de instellingen ook ruim baan maken en niet nog eens zelf een 'kwalificerende intake' eisen en zich het recht voorbehouden om iemand niet te helpen. Die ruimte bestaat er bijvoorbeeld uit dat zij een deel van hun budget reserveren voor noodgevallen die het S-team heeft geïndiceerd.

Voor dit alles is het nodig dat de betrokken instellingen onderlinge afspraken maken op bestuurlijk niveau. Bij die instellingen gaat het behalve om de organisaties die daadwerkelijk diensten leveren, ook om onder meer de indiceerders voor zorg en hulp. De toegang tot voorzienin-

### **Verleiden tot vertrouwen**

Ze beschrijft haar werk als 'verleiden tot vertrouwen', de coördinator van het Rotterdamse lokale zorgnetwerk. Het netwerk, een kerngroep van hulpverleners en instellingen in de wijk, wordt elke twee weken bij elkaar geroepen. Dan treffen de wijkagent, woningcorporaties, specialistische thuiszorg, maatschappelijk werk, sociale dienst en wijkpastoraat elkaar om mensen te helpen die complexe problemen hebben of die niet zelf om hulp vragen. Het zijn vaak mensen die je per toeval ontmoet, bijvoorbeeld na een klacht over een lekkage. Dergelijke netwerken zorgen ervoor dat eerder duidelijk is wat er moet gebeuren als mensen in de problemen komen. Ook in de Amsterdamse Westerparkbuurt is een netwerk tot stand gekomen, het maatschappelijk steunsysteem. De coördinator volgt het leven van zijn cliënten en regelt de hulp als dat nodig is. 'Belangrijk is te zien hoe iemand zijn leven leidt, boodschappen doet, met zijn contacten omgaat, zijn tijd invult, noem maar op.' (Hunsche 2001)

gen speelt zich immers soms af op meer bestuurlijke niveaus. Behalve afspraken is ook vertrouwen nodig; de instellingen moeten er op kunnen rekenen dat het S-team alleen gebruik maakt van de vluchtroute als het echt nodig is. Om dat vertrouwen op te bouwen en te behouden, is transparantie over de werkwijze van het team van het grootste belang.

### *S-team en verantwoording*

Hoe legt het team verantwoording over zijn functioneren en prestaties af aan de buitenwereld? Ten eerste zal er sprake moeten zijn van een gedifferentieerde verantwoording. Verschillende betrokkenen, of stakeholders, vragen om een verschillende verantwoording. Speciale aandacht vraagt de verantwoording aan de cliënten. Door de werkwijze van het team, autonoom en dicht bij de cliënten, ligt het risico van willekeur en machtsmisbruik op de loer. Of de cliënten tevreden zijn, is wellicht af te leiden uit de mate waarin zij vrijwillig deelnemen aan activiteiten.

Ten tweede dient zich de vraag aan wat de juiste indicatoren zijn om de kwaliteit en de resultaten te bepalen. De effecten van het werk van het S-team zullen namelijk moeilijk te meten zijn. Het heeft voor sommige cliënten geen enkele zin om te streven naar al te hooggestemde resultaten, die zich bijvoorbeeld laten vertalen in uitstroomcijfers. Het gaat vaak om op het oog kleine veranderingen in het leven van mensen, die dat leven al een stuk leefbaarder maken. Soms is het al mooi als iemand op eenzelfde niveau van kwaliteit van leven blijft, zonder terug te vallen, maar ook zonder een substantieel hogere kwaliteit te bereiken.

## *6.3 Adders onder het gras*

Het S-team ziet eruit als een institutionele hemel op aarde. Maar alleen met het creëren van alweer een nieuwe organisatie, zijn we er nog lang niet. Hoe zien de interventies er in de praktijk uit en wat moeten de richtsnoeren voor de interventies zijn?

### *Duur en effectiviteit van interventies*

We zijn het erover eens dat het bereiken van resultaten bij de groep sociaal kwetsbare mensen moeilijk is. Het veelgeprezen afrekenen op output is daarom lastig en de outputscore is laag. Dit is vervolgens vaak een reden om maar niet aan die hulpverlening te beginnen. Of men krijgt kritiek omdat er te weinig output wordt geleverd, wat veel frustratie in de hand werkt bij de hulpverleners. Het is juist door de toegenomen output-oriëntatie van de reguliere voorzieningen, dat zij moeilijker bereikt worden en dat hier gepleit wordt voor het S-team. Wat zijn dan de criteria aan de hand waarvan interventies beoordeeld worden? Een groot gevaar is dat de input centraal gaat staan als radicaal alternatief voor de nadruk op output en dat de hulpverlener zich vastbijt in het opbouwen van een langdurige hulprelatie met een kleine vaste groep cliënten. Men heeft dan aan de inspanningsverplichting voldaan, maar of de cliënt daar wat mee opschiet, is niet duidelijk. Dat brengt het gevaar van aanmodderen in beeld.

Om die reden zou er voor iedere cliënt een ‘zonsondergang-clausule’ moeten worden opgenomen. Men gaat de hulpverleningsrelatie aan voor een gelimiteerde periode van bijvoorbeeld anderhalf of twee jaar. Daarna houdt het in principe op: de cliënt moet in staat zijn om op eigen benen zijn of haar weg in de maatschappij en voorzieningenland te vinden. Voor voortzetting van de intensieve begeleiding moeten sterke argumenten worden aangedragen, die intercollegiaal worden getoetst. Zijn die argumenten er niet, dan stopt de hulpverleningsrelatie.

De andere vraag is wat nu de maatstaf voor effectiviteit is. Verbetering van iemands positie is natuurlijk altijd het ideaal, maar bij deze groep mag men al heel tevreden zijn indien iemand zich zo goed en zo kwaad als het kan, weet te handhaven. Als men daarin slaagt, is al veel bereikt. Als iemand zich op eigen benen staande kan houden, is dat een groot succes.

#### *Aanzuigende werking*

Het S-team kan gezien zijn flexibiliteit en spierkracht een aanzuigende werking hebben op een ieder die binnen het reguliere systeem niet krijgt wat hij of zij wil. Tegelijk moet men grenzen stellen, omdat het team anders aan haar doel – steun voor degenen die overal worden uitgesloten – voorbij schiet. In dit dilemma zal elke organisatie een eigen balans moeten zoeken. Goede communicatie tussen de voorzieningen en het team over hun cliënten helpt daarbij.

Overigens kan er van het S-team ook nog een andere aanzuigende werking uitgaan, namelijk dat het team andere onderdelen en andere organisaties inspireert om zijn werkwijze over te nemen.

#### *Zwaarte van het werk*

Het werk in het S-team is zwaar en kan op de lange duur frustrerend zijn. Hoe voorkom je dat hulpverleners afbranden en verbitteren? Je zou een constructie kunnen bedenken waarbij professionals uit de reguliere voorzieningen, tijdelijk (voor een jaar of drie) in dienst van het S-team treden en daarna weer terugkeren bij de reguliere voorzieningen. Het voordeel daarvan is een kruisbestuiving tussen beide organisaties; de reguliere organisatie wordt meer sensitief voor het probleem van de sociaal kwetsbare mensen, de maatschappij heeft op die manier kennis in huis van verschillende voorzieningen.

#### *Verbijzondering*

Het risico van het inrichten van een speciale organisatie is dat er zich een eigen professionalisme ontwikkelt, met eigen standaarden en protocollen en eigen toegangscriteria. Die organisatie creëert zich een eigen doelgroep die aan bepaalde criteria moet voldoen. De kans bestaat dan dat de problematiek centraal komt te staan, en niet de mensen. Die moeten binnen bepaalde rasters passen. Bovendien wordt dan aan de bestaande instellingen en professionalismen een nieuwe beroepsgroep toegevoegd, die verkokerd gaat functioneren (vgl. De Jonge 1999). De Raad is zich van dit gevaar bewust en houdt daar in de bestuurlijke voorstellen rekening mee.

## 6.4 Bestuurlijke organisatie

Hoe kan deze manier van werken en de organisatie daarvan worden verankerd in het bestel van zorg, hulp- en dienstverlening aan sociaal kwetsbare mensen? We geven hier geen gedetailleerd antwoord voor de verschillende sectoren waarin instanties met kwetsbare mensen te maken hebben. Dat zou een behandeling vergen van uiteenlopende stelsels en organisaties. Wel geven we richtingen aan voor de organisatie van een betrokken aanpak en zoiets als een S-team of een lokale variant daarvan. Overigens, of een S-team sectoraal opereert, hangt helemaal af van de lokale omstandigheden. Het is ook denkbaar dat een S-team over de grenzen van sectoren heen cliënten bemiddelt. Dat heeft in ieder geval als voordeel dat allerlei kunstmatige grenzen die er in het leven van mensen weinig toe doen, zoals leeftijdsgrenzen, eerder worden geslecht. Een S-team herbergt dan wel verschillende deskundigheden.

### *'Groene zone'*

De eerste richting is om aan een bestaande organisatie een unit op te hangen die zich erop richt de kwetsbare mensen te bereiken en diensten voor hen te regelen. Welke organisatie dat is, verschilt per lokale situatie, per gemeente. De kracht van persoonlijkheden is namelijk medebepalend voor het welslagen van de betrokken aanpak, zowel op uitvoerend als op bestuurlijk niveau. Bovendien beproeven vele organisaties in verschillende gemeenten reeds de aanpak die de Raad voorstaat. Dit kapitaal moet natuurlijk niet worden vernietigd door iets nieuws op te zetten. Vandaar dat in de ene gemeente de GGD de meest geschikte organisatie is om het S-team in te bedden, terwijl in een andere gemeente het maatschappelijk werk of het opbouwwerk meer is toegesneden. Voor de benadering van fase-4-clënten ligt het soms voor de hand om de sociale dienst in te schakelen, terwijl in andere plaatsen organisaties voor sociale activering meer geschikt zijn.

De unit bevindt zich als het ware in een groene zone, maakt geen deel uit van de staande organisatie, maar neemt een bijzondere positie in, en opereert tamelijk los van die organisatie. Zo kan het uitzonderingsregime dat voor het S-team moet gelden, eenvoudiger worden gerealiseerd. Bovendien kan de unit in zo'n losse setting een innovatieve sfeer en een 'geuzengeest' creëren; beide zijn nodig voor het zware werk in het veld dat vraagt om veel enthousiasme, creativiteit en flexibiliteit. Maar vooral ook om laagdrempelig te werken, is het een voordeel om niet al te zeer geassocieerd te worden met bestaande organisaties en hun imago.

Kwetsbaar in dit model zijn vooral de verbindingen met de 'moederorganisatie' en met andere organisaties. Binnen de moederorganisatie kan een uitzonderingsregime scheve gezichten opleveren. Bovendien zullen de wensen van de unit regelmatig botsen met het normale regime, wat de levering van diensten kan vertragen. Dit risico kan worden beperkt door de unit rechtstreeks onder de directie te hangen. Als er bijvoorbeeld in een meerkoppige directie één lid verantwoordelijk is voor het S-team, is het essentieel dat die directeur ook



verantwoordelijkheid draagt voor andere onderdelen van de organisatie. Zo kan het management de verbindingen en de inbedding van het S-team beter waarborgen.

Voor de verbindingen met andere organisaties kan men op bestuurlijk niveau denken aan de constructie van een raad van toezicht, waarin de bestuurders van die organisaties zitten. Verder is het nodig om een overeenkomst te sluiten tussen alle betrokken instellingen, waarin samenwerkingsafspraken zijn opgenomen. Maar dan nog kan het op uitvoerend niveau erg moeilijk zijn om bijvoorbeeld cliënten ergens te plaatsen. Ten eerste omdat de uitvoerende medewerkers zich niet echt betrokken voelen, bijvoorbeeld omdat ze met de doelgroep teleurstellende ervaringen hebben opgedaan. Anderzijds zijn er ook uitvoerders die juist een gevoel van machteloosheid ervaren in de omgang met de kwetsbare doelgroep, omdat ze gegeven de regels van het instituut weinig voor de kwetsbare mensen konden doen. Deze uitvoerders zullen blij zijn met elk effectief middel om de kwetsbare mensen te ondersteunen. Een tweede complicatie op uitvoerend niveau kunnen de middenmanagers zijn. Zij stellen immers de mensen en de middelen daadwerkelijk ter beschikking. Om de middenmanagers en de uitvoerders te overtuigen en te committeren, is een goede communicatie over het doel van het S-team essentieel. Al voor de oprichting van een unit moeten de verschillende organisaties worden 'meegenomen' in het doel en de redenering erachter en zullen zij invloed moeten kunnen uitoefenen op het ontwerp. Op de vraag 'what's in it for me' zal de communicatie aan de middenmanagers en aan de uitvoerders een helder antwoord moeten verschaffen.

### *Coöperatie*

Een tweede richting is om het S-team te organiseren binnen een samenwerkingsverband van verschillende instellingen. Ook in dit geval gaat het om een losstaande organisatie met alle voordelen van het uitzonderingsregime die daaraan zijn verbonden. De betrokken instellingen gaan een strategische alliantie aan die zij bezegelen in een convenant (of hoe men dat akkoord van samenwerken ook wil noemen). In dat convenant formuleren de instellingen duidelijk het doel of de missie van de samenwerking, naast de concrete afspraken op uitvoerend niveau die zij maken. De unit hangt direct onder een soort raad van bestuur waarin de bestuurders van de betrokken instellingen zich hebben verzameld. Het coöperatieve model maakt meer dan de groene-zone-benadering het commitment van verschillende instellingen expliciet en helder, zeker op bestuurlijk niveau. De kans is groter dat de maatschap breder is ingebed dan in het groene-zone-model. Toch blijven de verbindingen met andere organisaties kwetsbaar. Het risico bestaat dat het S-team zich loszingt van de instellingen en zich ontwikkelt tot een nieuwe professionele instelling naast de vele andere. Ook de facilitaire ondersteuning van het S-team is gecompliceerd. Het is niet efficiënt dat een kleine eenheid allerlei ondersteunende diensten zelf onderhoudt, dus zal het S-team daarvoor terugvallen op de samenwerkende instellingen. In een samenwerkingsakkoord zullen daarover afspraken moeten worden opgenomen. Het S-team wordt gefinancierd uit de begrotingen van de betrokken instellingen.

### *Regulier onderdeel*

Een derde richting is dat het S-team een regulier onderdeel vormt van een van de betrokken instellingen, anders dan bij de groene-zone-benadering waarin de maatschap een grotere autonomie heeft. Dat heeft als voordeel dat de interne inbedding beter is te arrangeren. Voor de verbindingen met andere organisaties gelden de aandachtspunten die onder de eerdere modellen ook al aan de orde waren. Voor de cliënten kan deze variant te hoge drempels opwerpen, tenzij de eenheid de mogelijkheid krijgt zich onafhankelijk te profileren, ook in fysieke zin. Een belangrijk nadeel is dat wanneer de moederinstelling financieel moet krimpen, vaak de 'room' het eerst wordt afgescheept.

### *Aparte organisatie*

De vierde richting houdt in dat het S-team, als aparte en specifieke organisatie wordt opgericht. Veel van de hiervoor genoemde voor- en nadelen doen zich in deze variant in scherpere vorm voor. Groot voordeel kan zijn dat het S-team echt een eigen gezicht en cultuur kan ontwikkelen, en zich 'unvervroren' aan de kant van de cliënt kan scharen. Nadelen die zich verscherpen, zijn de gebrekkige verbindingen met andere organisaties, daarmee ook het risico van 'loszingen' en de ontwikkeling van een eigen specialiteit.

Een organisatiemodel dat de Raad aantrekkelijk voorkomt, is de aparte organisatie als een zelfstandige onderneming. In dat geval zijn de reguliere instellingen investeerders of aandeelhouders, die kapitaal inbrengen in het S-team. Een dergelijk arrangement versterkt het commitment van die instellingen, verwacht de Raad. Bovendien is de onafhankelijkheid van de werkers gewaarborgd.

Een eigen-aardig voorbeeld van de aparte organisatie is het initiatief dat mensen uit de doelgroepen zelf opzetten, de zogeheten 'consumer-run' of 'consumer-controlled' initiatieven. Zo zijn er op diverse plaatsen inloophuizen opgezet door cliënten van de psychiatrische instellingen.

### **JIT-team**

Jongeren willen niet telkens opnieuw hun verhaal vertellen, als ze weer bij een andere instelling worden ingeschreven. Het Haarlemse JIT-team voorkomt dit. Het JIT-team is vooral ingesteld om recidive te voorkomen bij jongeren, die in aanraking zijn gekomen met politie en justitie. De aanpak is zo praktisch mogelijk; de jongeren hoeven niet onmiddellijk hun hele verhaal te vertellen. Het gaat er in eerste instantie om, mede door praktische zaken te regelen, de jongeren de gelegenheid te geven een nieuw begin te maken. De hulpverlener is volgend: uiteindelijk moet de jongere zelf een plan uitvoeren. Maar samen maken ze een plan, en de werker helpt de jongere om het te realiseren. Bijvoorbeeld door te bemiddelen bij instellingen: ze bereiden onder meer de gesprekken voor die tussen de instellingen en de jongeren worden gevoerd. De eerste drie maanden is de begeleiding intensief, daarna volgt een periode waarin de jongere altijd kan terugvallen op het JIT-team.

### *Voorkeur van de Raad*

We hebben enkele mogelijkheden de revue laten passeren om het werk onder sociaal kwetsbare mensen te organiseren. Deze modellen verschillen in de mate waarin de organisatie onafhankelijk is van de reguliere voorzieningenstructuur. Ze sluiten elkaar overigens niet uit en mengvormen zijn denkbaar. Naar zijn aard vereist dit werk een grote onafhankelijkheid, maar aan de andere kant geldt dat een te grote onafhankelijkheid de samenwerking met de reguliere voorzieningen – die immers essentieel is – kan bemoeilijken. Om die reden spreekt de Raad geen voorkeur uit voor een van deze organisatiemodellen. Het is afhankelijk van de concrete plaatselijke situatie (wat er al is) welke mix het meest optimaal is. Elke gemeente zal voor zichzelf moeten nagaan wie kwetsbaar is, welk vangnet daarvoor nodig is en welke voorzieningen al bijdragen aan dat vangnet. Het gaat de Raad er vooral om dat de manier van werken wordt geïntroduceerd of versterkt, en dat de bestuurlijk-organisatorische inbedding van deze manier van werken continuïteit waarborgt. In dat licht is de zelfstandige ondernemingsvariant een uitdagend perspectief.

We zijn ons er bovendien van bewust dat de schets van de organisatorische modellen veel vragen oproept, onder meer over de concrete uitvoering. Veel van die vragen kunnen echter alleen op lokaal niveau worden beantwoord, omdat een model altijd moet passen binnen specifieke omstandigheden.

### *Politieke en bestuurlijke omgeving*

Wat kunnen overheden doen om een betrokken aanpak te realiseren? Ten eerste is het essentieel dat de overheid een duidelijk commitment aangaat, duidelijk uitspreekt dat zij kwetsbare mensen wil ondersteunen, en daarvoor ook de nodige middelen wil vrijmaken. Op lokaal niveau kan een betrokken wethouder voor de dynamiek en daadkracht zorgen die nodig zijn om de verschillende instellingen bij elkaar te brengen en om een sterke positie van de maatschap te waarborgen. Verder is het van belang dat de overheid in haar contact met het S-team en de verschillende organisaties balanceert tussen betrokkenheid en afstand. Betrokkenheid om de aanpak ook daadwerkelijk van de grond te krijgen, en om vervolgens te zorgen voor continuïteit. Afstand om de uitvoerders de ruimte en de tijd te laten zodat zij in een vertrouwensrelatie met de cliënten een eigen, toegesneden aanpak kunnen ontwikkelen.

Ten tweede zal de overheid de betrokken aanpak ook in wet- en regelgeving moeten verankeren. Daarbij zou de landelijke overheid ervoor moeten waken dat zij zoveel voorschriften opneemt dat de ruimte voor een lokaal gedifferentieerde aanpak feitelijk ontbreekt. Speciaal wijst de Raad op het belang van de juiste vormen van monitoring: de ‘terugverdientijd’ van een aanpak als deze is niet eenvoudig in een schema van middelen en prestaties te vatten. Bovendien vraagt het veel tijd voor de resultaten zichtbaar zijn, voorzover er überhaupt sprake zal zijn van resultaten die voor het macro-oog duidelijk zichtbaar en meetbaar zijn.

Onder deze voorwaarde zijn er verschillende beleidsinitiatieven waarin de aanpak kan worden opgenomen. Zo biedt de sociale pijler van het

grotestedenbeleid met zijn structuur van convenanten de mogelijkheid voor een gedifferentieerde aanpak van de grote steden. Ook kan worden aangehaakt bij het beleid voor de openbare gezondheidszorg en de platforms die in dat kader tot stand komen, en bij het beleid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. Verder zijn er experimenteerartikelen in wet- en regelgeving die ruimte bieden aan een betrokken aanpak. Voor de groep van fase-4-cliënten is dat bijvoorbeeld het experimenteerartikel in de Algemene bijstandswet.

#### *Financiering van het S-team*

Hoe wordt het S-team gefinancierd? Er zijn verschillende mogelijkheden. Om te beginnen kan financiering plaatsvinden op titel van voorzieningen die via de AWBZ worden gefinancierd. Men kan gebruik maken van gelden voor de zorgvernieuwing, van substitutiegelden of van gelden uit de vermaatschappelijkingsstroom. Een AWBZ gefinancierde instelling die een gedeelte van haar capaciteit/budget ter beschikking wil stellen, of beter gezegd: wil investeren in een S-team, moet in overleg met het zorgkantoor daarvoor de meest gereede vorm kiezen. Vanwege het experimentele karakter van de S-teams ligt geld vanuit het budget voor zorgvernieuwing het meest voor de hand, maar de andere mogelijkheden mogen zeker niet over het hoofd worden gezien.

Maar de S-teams moeten niet alleen gedragen worden door de AWBZ gefinancierde instellingen. Ook andere organisaties, zoals dak- en thuislozenopvang, verslaafdenzorg, maatschappelijke dienstverlening, schuldsanering en dergelijke die over het algemeen uit de gemeentekas, met provinciale gelden of uit particuliere fondsen worden gefinancierd, moeten zowel inhoudelijk als financieel de dragers van de S-teams worden. En daar is politieke moed voor nodig. Een betrokken wethouder of gedeputeerde zal de stap moeten willen zetten om, samen met de betrokken gesubsidieerde instelling, gealloceerde gelden weg te halen bij die 'traditionele' instelling en dat geld vervolgens te investeren in het lokale S-team. Deze herallocatie kan eventueel plaatsvinden door middel van detachering van personeel of het ter beschikking stellen van faciliteiten. Voorwaarde is dat de S-teams zelfstandig kunnen beschikken over het budget en dat de noodzakelijke handelingsruimte van de S-teams wordt gegarandeerd. Tenslotte is het mogelijk om het bedrijfsleven te interesseren om te investeren in de teams.

#### *Gevolgen voor stelsels?*

Tot nu toe hebben we vooral één route beschreven om de dienstverlening voor kwetsbare mensen te verbeteren, namelijk de route van persoonlijke bemiddeling. Dat zou de indruk kunnen wekken dat de bestaande structuren van de verschillende voorzieningensstelsels ongemoeid kunnen blijven. Toch zijn er ook op dat niveau verbeteringen denkbaar. Ook binnen de reguliere instellingen zou het goed zijn als er structuren worden gecreëerd waarin de medewerkers de mogelijkheid krijgen om een vertrouwensband en duurzaam en stabiel contact met cliënten op te bouwen. De Raad vreest dat er niet veel gewonnen is als een cliënt wel één bemiddelaar heeft, maar binnen de hulpverlenende instellingen

nog steeds te maken krijgt met, soms een groot aantal, snel wisselende hulpverleners. Misschien dat een succesvolle uitvoering van het S-team instellingen inspireert om hun aanpak te wijzigen. Een verder reikend perspectief voor de interne organisatie van instellingen, is een organisatie waarin verschillende professionals zich verbinden in teams of maatschappen die deel uitmaken van een vooral faciliterende koepelorganisatie. In het RMO-advies *Aansprekend burgerschap* (RMO 2000) zijn de contouren van een dergelijk model geschetst.

Verder zullen de verschillende instellingen ook moeten samenwerken om de benodigde hulp voor kwetsbare mensen, die vaak te kampen hebben met meer dan één probleem, goed af te stemmen. Cruciaal is vooral de samenwerking op uitvoerend niveau. Soms gaat er veel aandacht uit naar de samenwerking op bestuurlijk en op managementniveau, met alle vaak moeizame onderhandelingen die dat met zich meebrengt. Bestuurlijke samenwerking moet echter in dienst staan van samenwerking op uitvoerend niveau; allerlei initiatieven op dat laatste niveau moeten de ruimte krijgen en bestuurders en managers zouden die moeten stimuleren. Uitvoerders die willen samenwerken, zijn voor een deel afhankelijk van het commitment van hun managers; die moeten hen immers de ruimte geven om hun taken in te vullen, en de mogelijkheden en middelen verschaffen die voortvloeien uit de samenwerking. Overigens dienen de uitvoerders er uiteraard voor te waken dat de samenwerking met andere instellingen zo veel tijd in beslag neemt, dat ze nauwelijks toekomen aan hun cliënten. In het basisdocument hebben we verschillende suggesties opgenomen voor vormen van samenwerking. Een voorbeeld is het fenomeen 'zorgconferentie' dat verschillende instellingen – GGZ, verslavingszorg en maatschappelijk werk – in Groningen hebben ingevoerd. Een zorgconferentie is een overleg tussen verschillende instellingen over één cliënt. Op de conferentie stemmen de betrokkenen hun inspanningen op elkaar af. Er is één instelling die als coördinator optreedt; die organiseert de conferenties en bewaakt de voortgang.

### **Zomerteam**

Onder de vrolijke naam 'zomerteam' begon in 1998 in Groningen een team van hulpverleners van verschillende instellingen de straat op te gaan om dak- en thuislozen op te zoeken, met hen kennis te maken en hen zonodig naar de hulpverlening toe te leiden. Onder de naam straatteam wordt deze aanpak nog steeds gebruikt, maar nu met een meer uitgewerkte methodiek en organisatie. De mensen van de straat, althans degenen die worstelen met de ernstigste problemen, worden besproken in een zorgconferentie, een bijeenkomst van de vertegenwoordigers van verschillende instellingen, zoals geestelijke gezondheidszorg, het maatschappelijk werk en de verslavingszorg. Op de zorgconferentie moet de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de instellingen gestalte krijgen om hulp te geven. Het straatteam is zo'n 60 uur per week op straat te vinden.

Een andere loot aan de tak van samenwerking is de ketenbenadering. Organisaties werken samen als schakels in een keten, die is gebouwd rond de ontwikkelingsgang van een cliënt. De samenwerkende instellingen zijn zich ervan bewust dat de diensten die één organisatie levert, effect hebben op en afhankelijk zijn van de diensten van andere organisaties. Daarom maken instellingen ook onderlinge afspraken, coördineren het aanbod en koppelen of wisselen de nodige informatie uit.

De Raad wijst tot slot nog op een route die nog nauwelijks is verkend, namelijk de route van despecialisering. Dat wil zeggen dat er op instellingsniveau of op hulpverlenersniveau sprake is van een meer generalistische aanpak. Nu is het zo dat mede door een strakke budgettering en planning de algemene voorzieningen, zoals huisarts, leraar en thuiszorger, de neiging hebben om cliënten die een (iets) afwijkend klachtenbeeld hebben, door te verwijzen naar specialisten. Bij gedespecialiseerde voorzieningen hoeft de cliënt niet voor elk deelprobleem naar een andere hulpverlener of naar een andere instelling, zodat het aantal contacten beperkt kan blijven. Uiteraard is specialistische kennis nodig voor bepaalde interventies, maar andere kunnen worden verenigd in één persoon. We zijn ons ervan bewust dat de route van despecialisering bijna haaks staat op de professionaliseringstrend van de laatste decennia; die leidt er immers toe dat steeds meer handelingen een specialisme worden waarvoor een of ander certificaat is vereist. Toch zou volgens de Raad deze route nader onderzocht moeten worden.

Dit advies laat zien dat de organisatie van maatschappelijke voorzieningen bepaalde mensen uitsluit. Met de positieve keuze voor sociaal kwetsbare mensen, zoals de Raad in dit advies bepleit, kan de overheid haar trouw aan deze burgers laten zien. Dan voert zij een beleid dat mogelijkheden vergroot voor kwetsbare mensen om zelf te kiezen, en daarmee zijn we een stap dichterbij een voor ieder leefbare samenleving.

## Bijlage 1

### *Adviesaanvraag*

*Uit: Adviesprogramma 1999 van de  
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling*







Uit: Adviesprogramma 1999 van de  
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

---

*thema 3*

*RMO-adviesthema: "Zelfredzaamheid van sociaal kwetsbare mensen"*

Uit signalen blijkt dat in Nederland sociaal kwetsbare mensen zijn, die stelselmatig niet door de bestaande voorzieningen worden bereikt, daar ook volgens de letter van de wet geen recht op hebben, maar deze op grond van hun situatie wel nodig hebben. Met sociaal kwetsbaren worden hier bedoeld: mensen die moeite hebben zich in het dagelijkse leven staande te houden. Zij worden volgens de vigerende normen bijvoorbeeld niet als gehandicapt, ziek of anderszins zorgbehoevend beschouwd. Deze mensen missen de vaardigheden die in het hedendaagse maatschappelijk leven in toenemende mate vereist zijn, er kan gemakkelijk een cumulatie van problemen optreden. De doelgroep die het steeds moeilijker krijgt zijn de "niet-kennen en de niet-kunnen".

Een concrete categorie is die van mensen met beperkte verstandelijke vermogens, echter niet zodanig dat de definitie van geestelijke handicap op hen van toepassing is. Zij hebben vaak een relatief slechte start in de schoolloopbaan die later doorwerkt in het beroepsleven en de inkomenspositie. De indruk bestaat dat deze groep vanuit verschillende beleidssectoren ofwel niet bereikt wordt, dan wel niet als doelgroep wordt beschouwd. In de verzorgingsstaat zoals die zich ontwikkeld heeft, vallen twee zaken op:

In de eerste plaats de grote diversificatie van het verzorgingssysteem die is opgetreden en die een aparte voorziening kent voor ieder probleem dat zich bij mensen voordoet. Een aantal voorzieningen heeft betrekking op de lichamelijke gezondheid, een andere op de psychische gezondheid, weer andere op lichamelijke, zintuiglijke of geestelijke handicaps. Buiten de zorgsector zijn nog te noemen diverse voorzieningen in de sfeer van onderwijs, dagbesteding (al dan niet in de vorm van betaalde arbeid), verschaffen van inkomen en huisvesting. In de tweede plaats moet men vaststellen dat bijna al deze voorzieningen werken met criteria, grenzen of benchmarks die gehanteerd worden om een onderscheid te maken tussen diegenen die recht op speciale hulp of ondersteuning hebben en zij die daarvoor niet in aanmerking komen. Het is duidelijk dat een systeem, door schaarste aan middelen, precieze grenzen moet hanteren om afspraken wel of niet te honoreren. De gezamenlijke consequentie van deze diversificatie enerzijds en het hanteren van strikte scheidingslijnen anderzijds kan echter zijn dat op verschillende gebieden mensen van hulp worden uitgesloten die, hoewel zij geen kritische grens overschreden, toch kwetsbaar zijn.

Met de nadruk op het bevorderen van zelfredzaamheid dreigt deze doelgroep nogal eens tussen de wal en het schip te geraken. Bijzondere aandacht verdient in dit kader de vraag naar de mogelijkheden en grenzen van voorwaardelijke hulpverlening. Hiermee worden situaties bedoeld waarin het bieden van bepaalde hulp wordt gekoppeld aan het verplichte gebruik van andere soorten diensten, zoals het algemeen maatschappelijke werk dat bij schuldsanering wordt ingeschakeld. Ook hierbij komen, vergelijkbaar met het thema van de verdeling van opvoedingsverantwoordelijkheden, vraagstukken van de bescherming van persoonlijke levenssfeer in beeld. Bij dit adviesthema gaat het niet alleen om de bestaande voorzieningen te beschouwen vanuit de optiek van doelmatigheid, maar tevens om de vraag naar nieuwe methodieken om de kwetsbare doelgroep mondiger en zelfredzamer te maken door een aantal basisvaardigheden aan te leren. Vanuit de gedachte dat mensen niet als object maar als subject tegemoet worden getreden, wordt de RMO gevraagd advies uit te brengen over mogelijkheden, die de kwaliteit van het leven van deze burgers bevorderen, door het bieden van op zelfredzaamheid gerichte ondersteuning op maat. Daarbij dient aandacht te zijn voor de verschillende ontwikkelingen en fases die deze mensen meemaken en dient vanuit verschillende sectoren zoals onderwijs, arbeid, zorg en ontspanning aangegeven te worden hoe de zelfredzaamheid kan worden bevorderd. Aan welke arrangementen moet worden gedacht? (zie vraag 3)

Aan de RMO worden de volgende vragen voorgelegd:

1. Gegeven de hierboven besproken bijzondere doelgroep, welke mogelijkheden en grenzen zijn van belang wat betreft het stellen van voorwaarden aan hulpverlening?
2. Welke methodieken zijn noodzakelijk om de kwetsbare doelgroep mondiger en zelfredzamer te maken door het aanleren van basisvaardigheden?
3. Aan welke arrangementen moet worden gedacht?

## Bijlage 2

*Basisdocument Kwetsbaar in kwadraat*

# Inhoud

1.	INLEIDING	53
2.	KWETSBAARHEID: BEGRIPSANALYSE	54
2.1	Wat is kwetsbaarheid?	56
2.2	Autonomie, paternalisme en kwetsbare mensen	59
2.3	Interventies	66
3	VERKOMMERDEN EN VERLOEDERDEN	69
3.1	Aard van de problematiek	69
3.2	De samenleving en verkommerden en verloederden	71
3.3	Overheidsinterventies	73
3.4	Voorzieningen	76
3.5	Knelpunten	77
3.6	Oplossingsrichtingen	78
4	JEUGDIGEN IN DE KNEL	80
4.1	Aard van de problematiek	80
4.2	De samenleving en kwetsbare jongeren	84
4.3	Overheidsinterventies	86
4.4	Voorzieningen	87
4.5	Knelpunten	88
4.6	Oplossingsrichtingen	91
5	LANGDURIG ARBEIDSINACTIEVEN	93
5.1	Aard van de problematiek	93
5.2	De samenleving en langdurig arbeidsinactieven	95
5.3	Overheidsinterventies	96
5.4	Voorzieningen	96
5.5	Knelpunten	97
5.6	Oplossingsrichtingen	98

# 1 Inleiding

Dit basisdocument geeft in hoofdstuk 2 een begripsanalyse en presenteert vervolgens de bevindingen van het onderzoek naar de positie van drie groepen kwetsbare mensen. De begripsanalyse omvat een analyse van de begrippen kwetsbaarheid en zelfredzaamheid. Daarna volgt een beschouwing over de autonomie van kwetsbare mensen en een paragraaf waarin wordt ingegaan op verschillende interventies. In de volgende hoofdstukken beschrijven we de situatie voor drie groepen kwetsbare mensen: verkommerden en verloederden, jeugdigen in de knel en langdurig arbeidsinactieven. Deze drie groepen zijn gekozen uit veel meer groepen kwetsbare mensen om te illustreren dat er vergelijkbare ontwikkelingen spelen in alle sectoren van ons sociale- en zorgsysteem.

De informatie die in deze drie ‘vensters’ aan bod komt, is voor een groot deel gebaseerd op een onderzoek door de trainee mevrouw ir. Cora Brink, die gedurende zes maanden het projectteam heeft versterkt. Zij heeft ongeveer twintig gesprekken gevoerd aan de hand van een vragenlijst met diverse deskundigen vanuit de drie bovengenoemde ‘vensters’. In bijlage 4 zijn de namen van de geïnterviewden opgenomen.

De informatie uit deze gesprekken is verwerkt in de hoofdstukken 3, 4 en 5. In dit basisdocument worden geen conclusies getrokken. Dat gebeurt in het advies.

## 2 Kwetsbaarheid: begripsanalyse

Kort geleden werd in Rotterdam een convenant ondertekend tussen de gemeente en vijftien zorgorganisaties om er voor te zorgen dat ‘kwetsbaren’ de zorg krijgen die ze nodig hebben. “Is dat een nieuwe benaming?”, vroeg een redacteur van Trouw aan de woordvoester van de gemeente. Het voorbeeld geeft aan dat kwetsbaarheid een term is die ons weliswaar niet geheel vreemd is, maar tegelijkertijd ook niet iedere dag voorbijkomt. Het roept associaties op met woorden als precair, breekbaar, met het balanceren op een koord, met twaalf ambachten en dertien ongelukken. Diegenen die kwetsbaar zijn, kunnen maar net hun hoofd boven water houden. Ze zijn zoals de Duitsers zeggen *verwundbar* of *verletzbar*. Hun situatie is wat de Engelsen aanduiden als *vulnerable*, *fragile* of *delicate*.

Kwetsbaarheid is een ambivalente term. Het duidt niet alleen op een bestaande toestand maar ook op een risico om in een bepaalde toestand te geraken. In het woordenboek komt die dubbelzinnigheid enigszins naar voren. De eerste betekenis die het woordenboek toekent aan kwetsbaar is: ‘gekwetst kunnende worden’. Dat is de potentiële toestand, het risico, dat voor ieder mens geldt. Want wie zou zichzelf onkwetsbaar willen noemen? Maar de tweede betekenis van kwetsbaar, volgens het woordenboek afgeleid van het bridgespel, komt in de buurt van de intuïtieve aanduiding van groepen kwetsbare mensen: ‘in een zodanige positie dat verliezen dubbel tellen’. Kwetsbaar duidt hier op een situatie waarin men al daadwerkelijk verkeert en waarin allerlei tegenslagen dubbel zo hard aankomen. Deze ambivalentie is duidelijk zichtbaar in het beleidsjargon. In het doorstartconvenant van het grotestedenbeleid omschrijft men de *meest kwetsbare groepen* als ‘personen die op meerdere manieren geconfronteerd worden met achterstand en sociaal isolement en/of hierin dreigen te geraken’ (BZK 1998b: 21).

De omschrijving maakt tevens duidelijk dat men in het beleid de term kwetsbaren gebruikt om bepaalde mensen te labelen. Als eenmaal vastgesteld is wie tot de kwetsbare groepen behoort, wordt het mogelijk om een beleid voor deze groepen te entameren. Er zijn nogal wat groepen die hiervoor in aanmerking komen. Zo onderscheidt men in het grotestedenbeleid niet alleen de hierboven genoemde *meest kwetsbare groepen* maar ook ‘gewone’ *kwetsbare groepen*. Dat zijn allereerst ouderen en gehandicapten die “ongewild in een (dreigend) sociaal isolement leven (of kunnen geraken). Bovendien zijn er nieuw- en oudkomers, dak- en thuislozen, vrouwen in bedreigende omstandigheden, verslaafden, nieuwkomers en (ex)psychiatrische patiënten. Als laatste kwetsbare groep noemt men de ‘groep uitkeringsgerechtigden met geen of weinig arbeidsmarktperspectief en huishoudens die lange tijd in een armoede leven” (BZK 1998b: 22).

Hoe liefdevol en nobel men de term ook tracht te gebruiken, om de term kwetsbaarheid blijft toch altijd het odium van een diskwalificatie hangen. De

enige uitzondering hierop is wanneer we in een overlegsituatie iemand vragen om zich 'wat kwetsbaarder' op te stellen. Maar dat is dan een verzoek aan een weerbare om zich slechts tijdelijk van zijn of haar kwetsbare kant te laten zien. Juist die tijdelijkheid maakt duidelijk dat kwetsbaarheid niet als een aanlokkelijke permanente staat van leven gezien wordt. "De GGD, die de hulpverlening gaat coördineren, heeft me uitdrukkelijk gevraagd de term 'kwetsbare' mensen te gebruiken", aldus de eerder aangehaalde woordvoerder. "Daarmee wordt duidelijk dat dit initiatief ingegeven wordt door de behoefte betere zorg te bieden aan deze groep. Dat staat voorop. Dat ze veel overlast veroorzaken is niet de drijfveer geweest." Het citaat laat zien dat kwetsbaarheid een synoniem is van zorgbehoevend, van afhankelijkheid. Het staat daardoor in contrast met de vandaag de dag zo belangrijk geachte onafhankelijkheid, zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

### *Zelfredzaamheid*

In de adviesaanvraag wordt gesproken over de *zelfredzaamheid van sociaal kwetsbare mensen*. De adviesvrager plaatst zo de kwetsbaarheid tegenover de 'tegenpool' zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid verwoordt een belangrijke hedendaagse norm omtrent de wijze waarop burgers in de maatschappij dienen te functioneren. Het gaat er om dat alle mensen, ook de zwakkeren, niet meer afhankelijk zijn van voorzieningen. Nog liever is het dat ze een plaats bemachtigen midden in de samenleving. Daarom lijkt de adviesvrager zo'n belang te hechten aan *sociale* kwetsbaarheid. Maar zoals we straks zullen zien, is dat niet de enige relevante dimensie van kwetsbaarheid. Door zelfredzaamheid tegenover kwetsbaarheid te zetten, wordt ook de suggestie gewekt dat het juist sociaal kwetsbare mensen aan zelfredzaamheid ontbreekt.

Volgens Dieleman en Van der Lans (1999) is zelfredzaamheid typisch een woord van de jaren tachtig. Maar ook in de jaren negentig komen we de term nog tegen wanneer men wil wijzen op de individuele verantwoordelijkheid van burgers. "Burgers horen te staan voor hun keuzen en moeten tegen een stootje kunnen. [...] Zij zijn zelfredzaam en autonoom, kiezen voor deze samenleving en zetten zich er met al hun talenten voor in", aldus de veelzeggend getitelde nota *Kansen krijgen, kansen pakken* (BZK 1998a). In het rapport van de Commissie-Peper (1998) over de versterking van de sociale infrastructuur worden burgers als 'probleemeigenaren' bestempeld. Peper c.s. pleiten voor een "methode van werken met als rode draad het respect voor de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen welzijn. [...] 'Help mensen om zichzelf te helpen', is het motto." De overheid komt pas in beeld als de pogingen van de zelfredzame burger om zich staande te houden, mislukt zijn: "Wie er ondanks eigen inspanning niet in slaagt, zijn burgerschap vorm te geven, mag op steun rekenen", aldus de nota *Kansen krijgen, kansen pakken*.

## 2.1 Wat is kwetsbaarheid?

Er kleven bezwaren aan het huidige gebruik van kwetsbaarheid, in ieder geval in het beleidsdiscours. Dat vraagt erom het begrip preciezer te omschrijven, zodat we zoveel mogelijk dubbelzinnigheden kunnen vermijden. In zijn algemeenheid zou je kunnen zeggen dat kwetsbare mensen onvoldoende hulpbronnen hebben om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen (Schuyt 1995) en om hun leven op de door hen gewenste manier vorm te geven. Bij die hulpbronnen gaat het om individuele competenties en vaardigheden, maar ook om sociale netwerken en maatschappelijke voorzieningen, en het vermogen om daarvan gebruik te maken. Maar of iemand als gevolg van het gebrek aan deze hulpbronnen daadwerkelijk kwetsbaar wordt, is mede afhankelijk van de maatschappelijke omgeving. Welke eisen stelt de samenleving en welke mogelijkheden biedt zij om te ontsnappen aan een als onwenselijk beleefde situatie? Die eisen en mogelijkheden zijn te omschrijven als de maatschappelijke *kansenstructuur* (woord geleend van prof. J. Veenman), die mede bepaalt over hoeveel hulpbronnen iemand kan beschikken. Volgens sommige onderzoekers is er pas sprake van kwetsbaarheid als mensen langdurig aangewezen zijn op hulp om zichzelf te kunnen redden.

Meer specifiek kan kwetsbaarheid worden onderscheiden op verschillende levensgebieden. Hortulanus et al. (1997) deden dat in een onderzoek naar sociale integratie en segregatie in enkele wijken in Amsterdam. Ze onderzochten onder meer hoe maatschappelijke inactiviteit en sociaal isolement mensen zodanig marginaliseren, dat zij zo kwetsbaar raken dat ze zeer afhankelijk worden van zorg- en welzijnsvoorzieningen of informele steun. Hortulanus maakt een onderscheid tussen drie vormen van 'persoonlijke marginalisering':

- in de vorm van sociaal isolement;
- als combinatie van inactiviteit en maatschappelijke non-participatie;
- in de vorm van onzelfstandigheid, gepaard met een grote afhankelijkheid van formele of informele steun.

### *Dimensies van kwetsbaarheid*

Die laatste vorm noemen de onderzoekers 'kwetsbaarheid' die zich in vier dimensies voordoet. De eerste dimensie is *fysieke kwetsbaarheid*. Indicatoren daarvoor zijn lichamelijke klachten, beperking van de bewegingsvrijheid, belemmerd zijn om huishoudelijke activiteiten te verrichten, een onvoldoende rapportcijfer voor de eigen gezondheid en belemmerd worden om van huis weg te gaan door gezondheidsklachten.

De tweede dimensie is die van *psychische kwetsbaarheid*. Deze is af te leiden uit de psychische klachten die iemand rapporteert, uit de eenzaamheid die iemand voelt, en uit het geringe zelfvertrouwen dat de betrokkene heeft.

Ten derde onderscheidt men *sociale kwetsbaarheid*. Meetpunten daarvoor zijn de mate waarin een persoon deel uitmaakt van 'ruilrelaties'. Verricht iemand diensten voor de betrokkene zoals zorg bij een ziekte, hulp bij het invullen van



formulieren of ophalen en thuisbrengen van bezoeken? Een tweede indicator zijn de activiteiten die een persoon samen met anderen onderneemt en de mate waarin hij bezoeken ontvangt en/of zelf aflegt.

Ten slotte bestaat er *financiële kwetsbaarheid*, als mensen niet in staat zijn om in de gangbare levensbehoeften te voorzien. Daarbij gaat het niet alleen om eerste levensbehoeften, maar ook 'normale' consumptiegoederen als televisie en een krantenabonnement, en voldoende armslag om sociaal verkeer mogelijk te maken. Anderen die als financieel kwetsbaar gelden, zijn degenen die wel in hun behoeften kunnen voorzien, maar die door een ingrijpende gebeurtenis in een financieel problematische situatie terecht kunnen komen, bijvoorbeeld door het verlies van werk of het overlijden van de partner.

Behalve deze dimensies is er ook een *culturele of belevingsdimensie* aan kwetsbaarheid. Deze dimensie is moeilijker te meten, maar zij uit zich in de mate waarin mensen zich kunnen identificeren met hun omgeving en de mate waarin zij greep hebben op hun situatie. Verderop wordt in dit document aan de hand van het begrip autonomie nader ingegaan op 'het greep hebben op de eigen situatie'.

Hortulanus heeft ook gekeken of deze vormen van kwetsbaarheid zich vaak opeenstapelen. Het bleek inderdaad zo te zijn dat het vaker gebeurt dat iemand op twee levensgebieden kwetsbaar is, dan dat hij dat op één terrein is.

Interessant is dat mensen die op twee of meer terreinen kwetsbaar worden genoemd, de formele voorzieningen die voor hen zijn bedoeld, relatief onderbenutten. Opvallend in het onderzoek is verder dat mensen die het minst kwetsbaar zijn, de beschikking hebben over grotere informele steun dan de mensen die op twee of meer terreinen kwetsbaar zijn. Hortulanus en zijn onderzoekers leiden hieruit af dat het gebruik van informele hulpbronnen eerder een teken is van weerbaarheid dan van kwetsbaarheid.

Kwetsbare mensen weten met andere woorden ook nog eens onvoldoende de mechanismen te mobiliseren die hen kunnen ondersteunen om minder kwetsbaar te zijn. Of juist omdat ze die mechanismen niet goed kunnen mobiliseren, worden mensen kwetsbaar.

De onderscheidingen van Hortulanus zijn nuttig omdat ze dwingen tot een precisering. Mensen worden niet meteen *in alle opzichten* kwetsbaar verklaard, maar hun kwetsbaarheid wordt toegespitst op bepaalde domeinen. Dat men in bepaalde opzichten kwetsbaar is, wil nog niet zeggen dat men op andere vlakken niet zelfredzaam is. Integendeel, juist het bestaan van kwetsbaarheid in bepaalde domeinen, zal mensen in veel gevallen dwingen om het zelforganiserend vermogen op andere gebieden volledig uit te buiten en te stimuleren. De onderscheidingen dwingen daarnaast tot nuancering. Het is onrealistisch om een dikke lijn te trekken tussen aan de ene kant de zelfredzame en aan de andere kant de kwetsbare mensen. De overgangen zijn veel vloeiender en bevinden zich niet zozeer tussen mensen, maar zijn veeleer binnen een en dezelfde persoon aanwezig.

Dat alles neemt natuurlijk niet weg dat bepaalde personen geconfronteerd kunnen worden met een cumulatie van kwetsbaarheid, doordat problemen in verschillende domeinen zich opstapelen. Die cumulatie wordt vaak 'getriggerd' door een dramatisch 'life-event'. Een relatie loopt op de klippen, waardoor iemand excessief gaat drinken, zijn of haar baan verliest, in een verder sociaal isolement komt, en ten slotte ook nog door financiële problemen dakloos wordt. Zo raakt men in korte tijd kwetsbaar op een groot aantal gebieden. De cumulatie maakt hun situatie ernstig.

### *2.2.1 Wie zijn de kwetsbare mensen?*

Zoals gezegd is er geen harde scheidslijn te trekken tussen diegenen die wel en diegenen die niet kwetsbaar zijn. Hortulanus wijst erop dat de kwetsbaarheid bestaat uit onzelfstandigheid die gepaard gaat met een grote afhankelijkheid van formele en informele steun. Gezien het feit dat mensen altijd en vaak ook in grote mate afhankelijk zijn van anderen, kan niemand zich aan een zekere mate van kwetsbaarheid onttrekken. De meesten van ons bevinden zich in een situatie van wederzijdse afhankelijkheid (Oliver 1994). Deze afhankelijkheid wordt problematisch wanneer zij ernstige vormen aanneemt en men er bovendien niet in slaagt om de steun te verwerven die nodig is om de gevolgen daarvan te verzachten. Het kan daarbij zowel gaan om de informele steun die men in de eigen sociale omgeving weet te creëren, als om de formele steun die in de Nederlandse verzorgingsstaat via tal van arrangementen (die we hier kortweg als voorzieningen zullen aanduiden) beschikbaar is.

Juist wanneer mensen er niet in slagen om zelf hun steun te organiseren, en er ook niemand in hun omgeving is die hen daarbij helpt, komt de verantwoordelijkheid van de overheid om dit alsnog te realiseren in beeld. De door de overheid getroffen voorzieningen vormen daar een belangrijk onderdeel van. Wanneer deze voorzieningen niet tegemoet komen aan de noden van de behoeftigen en geen adequaat antwoord op hun problemen bieden, krijgen we de groep in beeld die voor dit advies met name relevant is. Als we nu de tamelijk abstracte 'startdefinitie' combineren met de concrete domeinen die Hortulanus heeft aangedragen en daaraan het voorzieningenperspectief toevoegen, kunnen we de kwetsbare mensen als volgt typeren.

Mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van die problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om een of meer van deze problemen te verlichten.

We hebben nu een operationele definitie van de in eerste instantie zo abstract aandoende groep kwetsbare mensen. Zij worden bewust in verband gebracht met het functioneren van voorzieningen omdat daarmee duidelijk wordt dat kwetsbaarheid mede een gevolg is van de wijze waarop de samenleving en de

overheid omgaan met de problemen van deze groep. Daarmee wordt de relatie tussen de gesignaleerde problematiek en de mate waarin voorzieningen problemen daadwerkelijk kunnen oplossen geproblematiseerd. Het is ook helemaal niet gezegd dat de voorzieningen een adequaat antwoord bieden op de gesignaleerde kwetsbaarheid.

## 2.2 *Autonomie, paternalisme en kwetsbare mensen*

Als we het hebben over kwetsbare mensen en de voorzieningen die er voor hen zijn, dan ontkomen we er niet aan iets te zeggen over de begrippen autonomie en paternalisme. Deze begrippen speelden en spelen een grote rol bij het vormen van ons voorzieningenstelsel, zowel juridisch als inhoudelijk.

### 2.2.1 *Autonomie*

De term autonomie werd voor het eerst toegepast om de positie van de Griekse stadstaat te karakteriseren. Een stad was autonoom wanneer de daar bestaande regels van haar eigen burgers afkomstig waren en niet van buitenaf opgelegd werden door een vreemde mogendheid. We spreken van autonome personen, wanneer hun beslissingen en handelingen van henzelf zijn, door henzelf zijn bepaald (Dworkin 1988, 12-13).

Autonomie moet als begrip onderscheiden worden van vrijheid. Om het verschil tussen vrijheid en autonomie duidelijk te maken, kunnen we kijken naar de aard van wensen en verlangens die mensen kunnen hebben. Mensen zijn niet alleen in staat om voorkeuren te hebben, ze zijn ook in staat om voorkeuren over voorkeuren, zogenoemde meta-voorkeuren of tweede-orde voorkeuren te hebben. Voor Dworkin nu is het kenmerkende onderscheid tussen vrijheid en autonomie dat vrijheid betrekking heeft op het eerste-orde niveau en dat autonomie betrekking heeft op het tweede-orde niveau. Hij tekent daarbij aan dat er alleen sprake is van autonomie als iemand met zijn tweede-orde voorkeuren in staat is of althans poogt de eerste-orde voorkeuren te veranderen. In deze opvatting wordt het begrip autonomie dus opgevat als *een vermogen* waarover mensen in meer of mindere mate kunnen beschikken. Op het belang van dit onderscheid komen we later terug.

Niet alle mensen zijn altijd en altijd even goed in staat om tot autonome keuzes te komen. Hun vermogen kan beperkt zijn als gevolg van (aangeboren) beperkingen of tijdelijk uitgeschakeld zijn doordat ze bijvoorbeeld onder invloed zijn van alcohol of drugs. In al die gevallen is sprake van keuzes die weliswaar in vrijheid tot stand zijn gekomen, maar die niet autonoom zijn.

Andere auteurs onderscheiden meer soorten autonomie. Diekstra bijvoorbeeld karakteriseert autonomie niet alleen als capaciteit, maar ook als behoefte. Hij signaleert de problemen die optreden wanneer mensen er niet in slagen om deze behoefte te vervullen.

“Er zijn grote verschillen in de mate waarin burgers hun autonomiebehoefte kunnen vervullen. Lichamelijke gebreken, gebrek aan scholing in cognitieve en praktische competenties, werkeloosheid, armoede, niet de weg weten in voorzieningenland, economische afhankelijkheid van voorzieningen, de taal niet spreken of zich om andere reden niet goed uit kunnen drukken evenals discriminatie op grond van anderszijn ondermijnen autonomie. De reactie op aangetaste of onbevredigende autonomiesmogelijkheden binnen de algemeen geaccepteerde grenzen van de sociale infrastructuur is doorgaans van tweeën een: ofwel een houding van demoralisatie, initiatiefloosheid en afhankelijkheid, ofwel het zoeken naar compensatoire autonomiesmogelijkheden buiten de maatschappelijke hoofdstroom. Wat de laatstgenoemde mogelijkheid betreft, sommige deviante autonomievormen getuigen van een creatief en op den duur ook maatschappelijk vruchtbaar zelfhandhavend en zelforganiserend vermogen. Andere deviante autonomievormen, hoe aanvaard ook binnen de eigen groep, zijn maatschappelijk gezien bedreigend of zelfs destructief. Veel crimineel gedrag, met name door allochtone jongeren, kan voor een belangrijk deel worden gezien als deviante autonomie in deze zin” (Diekstra 1999).

Om autonome keuzes mogelijk te maken, bestaan er in de democratische rechtsstaten verschillende juridische waarborgen die ons beschermen tegen inmenging van buitenaf. Dat heeft allereerst zijn weerslag gevonden in een aantal fundamentele grondrechten zoals de eerbiediging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Grondwet art. 10), de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (Grondwet art. 11) en waarborgen tegen vrijheidsontneming (Grondwet art. 15). Zelfbeschikking of het beginsel van respect voor autonomie is een belangrijke onderliggende waarde van deze rechten. Inbreuken op deze rechten zijn alleen mogelijk op grond van nadere, bij wet te stellen, regels. In de gezondheidssfeer doen dilemma's van deze orde zich het meest nadrukkelijk voor. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) is hiervan een duidelijk voorbeeld. Deze wet legitimeert dwang als noodzakelijke reactie op gevaar. Alleen wanneer mensen een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormen, mag dwang worden toegepast. De criteria voor dwangbehandeling zijn zwaarder dan voor dwangopname.

De grondrechten hebben ook hun weg gevonden in verschillende andere wetteksten op het gebied van de gezondheidszorg zoals de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Daarin is bepaald dat behandelingen pas verricht mogen worden wanneer de patiënt geïnformeerd is en toestemming heeft gegeven. In die gevallen waarin de cliënt zelf niet in staat is om dit te doen, gelden ingewikkelde regelingen voor plaatsvervangende toestemming door ouders, mentoren of voogd. De redenering hierachter is dat individuen weten wat goed voor ze is en dat hun in vrijheid, zonder interventie van buitenaf, gemaakte keuzes de beste zijn.

Over de Wet BOPZ zijn en worden veel discussies gevoerd. De vraag is of deze wet wel 'recht' doet aan mensen die zichzelf en/of anderen schade berokkenen en waarbij twijfel bestaat over hun vermogen autonome beslissingen te nemen. Wanneer anderen de morele plicht voelen op te komen voor het welzijn van deze personen, ook wanneer deze personen daar zelf anders over denken, is sprake van paternalistisch handelen. Is dat dan wel of niet geoorloofd? Is dat een teken van sociale betrokkenheid, zorg voor de medemens of van ongebreidelde bemoeizucht en inbreuk op iemand privacy? Voorstanders vinden dat er meer en tegenstanders dat er minder paternalistisch moet worden opgetreden. Juist bij de groep van sociaal kwetsbare mensen komt deze problematiek veelvuldig om de hoek kijken.

In de sfeer van de gezondheidszorg is de werking van overheidsdwang het meest duidelijk en herkenbaar. In de sfeer van de sociale zekerheid is dwang veel diffuser aanwezig. Een bijstandsuitkering intrekken als mensen niet willen werken, is geen dwang, eerder een kwestie van drang. Hetzelfde geldt voor de arbeidsplicht voor alleenstaande ouders met een bijstandsuitkering met kinderen ouder dan vijf jaar. Strikt genomen wordt hierdoor niemand van zijn of haar vrijheid beroofd, maar het perspectief om zonder uitkering van de overheid door het leven te gaan, is voor velen een sterke drang om werk te bemachtigen.

### 2.2.2 *Paternalisme, dwang en drang*

Van paternalistisch handelen is sprake indien men de autonomie van burgers schendt. Dworkin formuleert het als volgt.

"There must be a violation of a person's autonomy (which I conceive as a distinct notion from that of liberty) for one to treat another paternalistically. There must be a usurpation of decision making, either by preventing people from doing what they have decided or by interfering with the way in which they arrive at their decisions. [...] What we must ascertain in each case is whether the act in question constitutes an attempt to substitute one person's judgment for another's, to promote the latter's benefit" (Dworkin 1983 p.123).

Zoals Dworkin aangeeft, hoeft paternalistisch handelen niet per se te bestaan uit het direct beperken van de vrijheid van mensen (dwang: bijvoorbeeld hen gedwongen opnemen als ze een gevaar voor zichzelf vormen), maar kan ook bestaan uit handelingen en maatregelen waarmee men de afweging van de voors en tegens van bepaalde keuzes probeert te beïnvloeden (drang). In dat laatste geval wordt niet de vrijheid, maar nog wel de autonomie van burgers beïnvloed. Paternalistische maatregelen, van sterke dwang tot zachte drang, impliceren altijd een inbreuk op deze autonomie.

Waarom is autonomieschending zo problematisch? Omdat deze op gespannen voet staat met zelfbeschikking. Het is de botsing tussen de waarden zelfbeschikking aan de ene kant en de zorg van anderen om jouw welzijn aan de andere kant, die paternalistisch handelen zo discutabel maakt (one's right versus one's

goed). Feinberg brengt de bijbehorende irritatie goed onder woorden: "They have experienced something analogous to the invasion of their property or the violation of their privacy. They want to protest in such terms as *'I'm in charge here'*, *'No one can tell me what I must do with my own time'* and *'What I do with my own life is no one else's business.'* The indignant feelings, in short, are those provoked by a sense of one's rightful prerogatives having been usurped." (Feinberg 1986 p.27)

Het woord paternalisme kan in de praktijk zowel een negatieve als een positieve lading hebben afhankelijk van de waarde die de gebruiker eraan geeft en de tijd waarin het wordt gebruikt. Vanuit het standpunt van degene die paternalistisch wordt bejegend, zijn er veelal vooral negatieve bijklanken, hij kan zich betutteld en gekleineerd voelen, hij is onheus bejegend, hem is onrecht aangedaan, hij is in zijn autonomie aangetast. Voor degene die paternalistisch handelt daarentegen, heeft het woord eerder een positieve betekenis, paternalisme staat dan voor 'weldoen', voor bescherming en voor het bestwildenken, iemands bestwil is belangrijker dan zijn rechten. Het is in de wereld van de zorg en hulpverlening steeds gebruikelijker om over dwang en drang te spreken dan over paternalisme. Deze begrippen zijn als volgt te omschrijven (zie Berghmans 1997).

We spreken van dwang als iemand tegen zijn wil tot enig doen of nalaten wordt genoodzaakt. Degene om wie het gaat, heeft wat dit betreft geen enkele keuze meer en wat er dan gebeurt, is altijd tegen zijn wil. Bij dwang is er sprake van een wettelijke en/of een feitelijke beperking. In ons land is dwang in de hulpverlening meestal verbonden aan een opname in en soms aan een voorwaardelijk ontslag uit een intramurale voorziening: een psychiatrisch ziekenhuis, een verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten, een kliniek voor verslaafden of een tbs-instelling.

Drang in de hulpverlening komt waarschijnlijk veel voor. Van drang is sprake als iemand in zijn keuze wordt beïnvloed met het doel hem een bepaalde, door een hulpverlener wenselijk geachte, keuze te laten maken. De laatste tijd komt er meer belangstelling voor zowel de positieve als de negatieve kanten van drang; er is ook een aantal varianten van in gebruik, zoals 'bemoeizorg' en 'hulpverlening onder voorwaarden'.

Onder 'bemoeizorg' wordt hulpverlening verstaan waarbij degene die de hulp of zorg verleent, drang gebruikt. Deze drang beoogt iemand over te halen hulp te accepteren en hem vervolgens te motiveren tot blijvende acceptatie. Dit gebeurt 'outreaching': de hulpverleners zoeken de cliënt op, nemen het initiatief en zorgen ervoor dat het contact wordt onderhouden. In de sfeer van de sociale zekerheid is de activerende aanpak van langdurige werkloosheid een variant van bemoeizorg. Huisbezoeken, intensieve begeleiding en coaching zijn bedoeld om langdurig werklozen aan een baan te helpen of anderszins aan 'maatschappelijk nuttige activiteiten'.

Aan dwang kan iemand zich niet onttrekken, aan drang wel. Drang gaat dwang heten als de aangeboden opties dermate nadelige consequenties hebben voor de betrokkene, dat er eigenlijk geen sprake meer is van een keuze. Op een continuüm van volledige zelfbeschikking aan de ene en volledige vrijheidsbeneming (fysieke dwang) aan de andere kant staat drang daartussenin. Drang bestaat uit een spectrum van middelen waarmee mensen tot handelen (in casu tot gedragsverandering) zijn aan te zetten. Dit kan bijvoorbeeld door ze een als..., -dan... -constructie aan te bieden: als je je pillen inneemt, dan kom ik met je praten; als je geen overlast meer veroorzaakt, dan mag je in je huis blijven wonen; als je aan je afspraken over je uitgavenpatroon houdt, dan saneren we je schulden ('coercive force, coercive offer'). Van deze constructie zijn veel voorbeelden mogelijk, waarvan de een dwingender is dan de ander.

Er is, voorzover bekend, geen overzicht hoe vaak drang wordt gebruikt, welke drang dan precies wordt gebruikt en wat de effecten zijn van die drang. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) noemt aandacht voor drang in de hulpverlening gerechtvaardigd vanuit drie argumenten. In de eerste plaats omdat we ons de vraag moeten (blijven) stellen of drang wel een geschikte vorm is om te bereiken dat mensen niet aan hun lot worden overgelaten: welke andere interventies en methodieken zijn daarbij behulpzaam? Is het niet ook een zwakgebod van een overbelaste hulpverlening dat ze haar heil moet zoeken in het uitoefenen van drang door het stellen van voorwaarden? Blijkbaar zijn we er als samenleving niet in geslaagd andere hulpverleningsvormen te ontwikkelen, die hetzelfde bereiken en tegelijkertijd meer recht doen aan het zelfbeschikingsrecht van mensen. Wat is er nodig om in de toekomst beter te kunnen waarborgen dat terughoudendheid betracht wordt bij het uitoefenen van drang in de hulpverlening?

In de tweede plaats omdat het vanwege het subsidiariteitsbeginsel (als het minder ingrijpende middel werkt, mag het meer ingrijpende middel niet worden aangewend) verstandig is ruimte te maken voor drang als dit dwang kan vervangen.

In de derde plaats omdat door het gebruik van sommige vormen van drang het hulpaanbod aan bepaalde groepen patiënten of cliënten wel degelijk kan verbeteren. Bij een goed begrip van het verschijnsel drang is het van belang nauwkeurig te kijken naar de ingezette methodiek, de bereikte resultaten en de vraag naar de tevredenheid van de diverse partijen (RVZ 1997).

### *2.2.3 En de kwetsbare mensen?*

Er is een aantal ontwikkelingen van belang voor het begrijpen van de relatie tussen kwetsbare mensen, hun voorzieningen en de inhoud van de begrippen autonomie en dwang en drang. In de afgelopen tijd deden zich ontwikkelingen voor die niet onverdeeld gunstig zijn voor kwetsbare mensen en die als het ware compensatie behoeven. Diverse auteurs rapporteren daarover (Baart, Tonkens, Van

der Veen, Van der Laan). Eén ontwikkeling is de transformatie die zich de afgelopen decennia aan het voltrekken is van het 'beschermingsparadigma' naar het 'activeringsparadigma'. In plaats van het bieden van bescherming aan mensen die dat nodig hebben centraal te stellen, wordt er steeds meer de nadruk gelegd op ontplooiing, activering, eigen initiatief, individualiteit, vraaggerichtheid en vraagsturing. Deze verschuiving doet zich breed voor in de samenleving, er is als het ware sprake van een economisering van de mens en de organisatie (Van der Veen 2000). Deze verschuiving heeft vele positieve kanten: de mens komt centraler te staan, hij krijgt datgene wat hij wil en nodig heeft 'op maat' waardoor zijn autonomie beter gewaarborgd is. Maar er zijn ook nadelen, het gevaar bestaat dat door deze ontwikkelingen sociaal kwetsbare mensen verder worden gemarginaliseerd.

Van der Veen beschrijft deze paradigmaverschuiving voor de sociale zekerheid. Toen in de jaren zeventig het economisch tij keerde, bleek het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid te kostbaar. Het streven naar kostenbeheersing kwam bovenaan de agenda. In de jaren tachtig werd een start gemaakt met een meer activerend stelsel van sociale zekerheid. Terugkeer naar de arbeidsmarkt kwam op de eerste plaats, inkomensbescherming op de tweede, sociale rechten werden beperkt en plichten aangescherpt. Het geringe succes van deze hervormingen in de jaren tachtig was aanleiding voor een nieuwe probleemdefinitie in de jaren negentig: de corporatistische inrichting van het stelsel en van de uitvoering waren vanaf nu de boosdoeners. Dit leidde tot aanpassingen van het stelsel onder de noemers ontvlechting, privatisering, juridische aanscherping en activering.

Deze institutionele probleemdefinitie had tot gevolg "... dat het beleidsparadigma van de Nederlandse verzorgingsstaat verschoof van een socialerechtenparadigma naar een incentive-paradigma" (Van der Veen 2000: 401). In een socialerechten-paradigma ligt de nadruk op sociale bescherming en sociale rechten van burgers. Het mens- en organisatiebeeld dat hierbij past, gaat uit van conformiteit en instrumentaliteit. Het feit dat de hervormingen van de jaren tachtig zo weinig succes hadden (bijvoorbeeld in termen van beheersing van de instroom van het aantal arbeidsongeschikten) heeft geleid tot een veranderend mens- en organisatiebeeld. In het incentive-paradigma komt de calculerende burger om de hoek kijken, individuen en organisaties zijn niet langer passieve consumenten of uitvoerders van overheidsbeleid, maar zijn actief handelende subjecten die de best passende strategieën kiezen. Dit noemt Van der Veen de economisering van mens- en organisatiebeelden die ingrijpende gevolgen heeft voor het beleid en de inrichting van de moderne verzorgingsstaat.

"In een incentive-paradigma is het niet langer vanzelfsprekend dat burgers en organisaties normconform handelen. Om de doelstellingen van sociaal beleid te verwezenlijken is het daarom noodzakelijk om ervoor te zorgen dat individuele en organisatie-doelen zoveel mogelijk samenvallen met de publieke doelen van het sociale beleid. (...) Het instrument om publieke doelen en private belangen



dichter bij elkaar te brengen is het weloverwogen hanteren van *incentives* binnen het beleid."(Van der Veen 2000: 401).

Op basis van een commentaar op Giddens theorie van de reflexieve modernisering stelt Van der Veen dat er altijd in het beleid gezocht moet worden naar een "(...) op de omstandigheden en de doelgroep afgestemd evenwicht tussen investering en bescherming."(Van der Veen 2000: 410).

Dat betoog spreekt aan. Van der Veen pleit ervoor beide paradigma's blijvend te combineren. Het is ongewenst dat één gaat overheersen. Ook Tonkens (2001) beschrijft een soortgelijke ontwikkeling in meer inhoudelijke termen en komt tot hetzelfde resultaat. Zij beschrijft aan de hand van een terugblik op de Dennendal-affaire uit de jaren zestig, de ontwikkeling van zelfontplooiing en democratisering naar diversiteit en vraaggerichtheid. Het gaat hier over de lessen die zij trekt uit de geschiedenis voor de sociale sector. Een belangrijke verworvenheid is het gedemocratiseerde ideaal van zelfontplooiing. In de jaren zeventig was dat nog vooral een gezamenlijke zaak, terwijl het nu hoofdzakelijk een individuele aangelegenheid is. Zelfredzaamheid en zelf kiezen zijn essentieel geworden. Mensen zijn mondig, zij zijn in staat zelf te kiezen en hun eigen weg te vinden. Begrippen als het Persoonsgebonden Budget, vouchers en vraagsturing zijn niet meer weg te denken. Keuzevrijheid lijkt het hoogste levensdoel geworden.

De individualisering van de zelfontplooiing hangt samen met twee andere veranderingen: met de veranderde opvattingen over ten eerste de relatie tussen individu en maatschappij en ten tweede paternalisme. In de relatie tussen individu en maatschappij kreeg in de jaren zeventig de maatschappij de schuld van allerlei falen en nu is dat weer (net zoals eerder) het individu. In de jaren zeventig werden paternalisme en betutteling, tot dusver vanzelfsprekend in de sociale sector, tot probleem verklaard. Verlegenheid over het paternalisme ziet Tonkens als de belangrijkste reden voor de kaalslag van de sociale sector in de jaren tachtig en begin negentig. Alhoewel de sector zich nu herstelt, heeft zij nog niet afgerekend met dit probleem. Tonkens pleit ervoor dat de hedendaagse denkers zich hierover buigen. Zelf heeft zij alvast een voorzet gegeven door een onderscheid te maken tussen empathisch en pedagogisch paternalisme.

"Empathisch paternalisme heeft betrekking op interventies in reactie op (eventueel impliciete) vragen van burgers of cliënten. Pedagogisch paternalisme betreft interventies die geen antwoord op een vraag vormen, maar waarin de professional domweg meent beter te weten wat goed is voor de cliënt."

(Tonkens 2001: 9).

Tonkens betoont zich een voorstander van een opwaardering van het begrip paternalisme (lees bescherming) in de sociale sector en zet zich af tegen het overheersende marktgerichte denken waarin vraagsturing het hoogste goed is. De bestaansgrond van de sociale sector is het bijdragen aan de verhoging van de kwaliteit van het bestaan en dat verhoudt zich niet altijd tot vraaggerichtheid en vraagsturing.

Ook in de sector van de geestelijke gezondheidszorg heeft het begrip paternalisme een beladen historie. Hier hadden we tussen 1970 en 1985 te maken met de zogenoemde antipsychiatrie waarin de opvatting gold dat psychiatrische ziekten niet bestaan. Het was de maatschappij die ziek was. Psychiatrische inrichtingen kregen zware kritiek, egodocumenten van patiënten verschenen. Respect voor autonomie gaat een hoofdrol spelen, zelfbeschikking werd het gebod aller geboden, juist in de geestelijke gezondheidszorg. Paternalisme kreeg een uiterst negatieve betekenis. Zelfbeschikking heeft als rechtsbeginsel, als morele grondslag van het recht, een belangrijke invloed gehad bij de bepaling dat het gevaarscriterium doorslaggevend werd ter legitimering van dwang in 1982, waarvoor voorheen het beschermingscriterium gold.

De discussie over de vraag of we hiermee wel op de goede weg zijn, is sindsdien niet verstomd. Zowel hulpverleners als delen van de cliëntenbeweging pleiten al geruime tijd voor meer mogelijkheden om het toepassen van dwang juridisch te faciliteren. Vooral als er sprake is van een gebrekkige autonomie bij mensen die hulp vragen of hulp nodig hebben, doen zich vragen voor of we niet te veel 'recht' doen en te weinig bescherming bieden. Autonomie hoeft dan niet in alle situaties gerespecteerd te worden. Een absoluut respect voor autonomie en keuzevrijheid is ongewenst. Ook in de sector van de geestelijke gezondheidszorg gaan geluiden op voor meer paternalisme, bestwil, bescherming (zie ook paragraaf 3.2) (vgl. Van Londen 2001).

Wat leren deze beschouwingen ons? Dat wij in diverse sectoren 'meesurfen' op grotere golven die overigens niet alleen merkbaar zijn in Nederland, maar in alle westerse verzorgingsstaten (Van der Veen 2000). Zowel in de sector van de langdurig inactieven (sociale zekerheid) als van de jeugd in de knel (sociale sector), als van de verkommerden en verloederden (GGZ) doen zich vergelijkbare tendensen voor in het nadenken over en invulling en betekenis geven aan begrippen als autonomie, zelfbeschikking, paternalisme. Het getuigt van civilisatie om ondanks heersende opvattingen over zelfontplooiing, zelfredzaamheid, keuzevrijheid en dergelijke, niet te vergeten dat er altijd mensen zijn voor wie deze begrippen leeg blijven en onhaalbaar. Bescherming bieden, paternalistische uitgangspunten hanteren, drang gebruiken en als uiterste redmiddel dwang: het zijn relevante begrippen in de rugzak van degenen die zich met kwetsbare mensen bezighouden. Begrippen ook die een herijking behoeven. Dat er discussies gevoerd worden over een nieuwe inhoud van deze begrippen, stemt positief. Dat er gedacht wordt over nieuwe interventies, vernieuwende methodieken, verlost van de oubollige sfeer die rond een begrip als paternalisme hangt, is van groot belang (vgl. Tronto 1993).

### *2.3 Interventies*

De centrale vraag bij de problematiek van de kwetsbare groepen is of zij zich in een situatie bevinden waarin hun keuzes voldoende autonoom tot stand komen.

Is dat niet het geval, dan kan bemoeizorg gerechtvaardigd zijn: mensen worden benaderd zonder dat zij er zelf om hebben gevraagd. De afstand tussen actor en subject lijkt een belangrijke factor voor de rechtvaardiging van een paternalistische interventie. Naarmate de hulpverlener de cliënt beter kent, heeft bemoeizorg meer kans op een positief resultaat en is zij beter te rechtvaardigen. Hoe komt het nu dat zoveel interventies niettemin tot mislukken gedoemd zijn? Diekstra geeft met behulp van het autonomiebegrip inzicht daarin en focust op de dynamiek tussen kwetsbare mensen en voorziening.

“Het aanbieden van professionaliserende (hulp)voorzieningen teneinde aan gebrekkige of deviante autonomie een halt toe te roepen en deze terug te buigen, is zelden succesvol op de langere termijn. De verklaring ligt voor de hand. Het aangewezen zijn, voor kortere of langere termijn, op zulke voorzieningen, ‘bewijst’ juist het gebrek aan autonomie en competentie en ondermijnt daarmee zelfrespect en persoonlijke waardigheid. Dat laatste is waarschijnlijk een belangrijke reden, waarom veel mensen in behoeftige omstandigheden veel minder gebruik maken van beschikbare voorzieningen dan mogelijk is. Gebruik maken vereist een bekennen van het eigen gebrek aan autonomie en dat wordt niet zelden als vernederend ervaren. Bovendien zijn veel van de procedures die daarbij gevolgd moeten worden, zodanig ingericht dat de eigen gebrekkigheid ook op allerlei manieren zwart of wit moet worden vastgelegd en door verschillende functionarissen wordt gecontroleerd op manieren die maatschappelijk maar al te zichtbaar zijn. Zolang een belangrijke filosofie achter de regel- en wetgeving voor dergelijke voorzieningen vooral is het tegengaan van misbruik in plaats van het stimuleren van gebruik gericht op verwerven of herstel van autonomie, zal in deze situatie weinig verandering komen.” (Diekstra 1999).

De interactie tussen hulpverlener en cliënt lijkt cruciaal voor de vraag of voorzieningen een adequaat antwoord bieden op de problemen waarmee kwetsbare mensen geconfronteerd worden. De hulpverlener heeft het daarbij niet makkelijk. Enerzijds wil hij tegemoet komen aan en rekening houden met de gebrekkige autonomie van zijn cliënt, anderzijds moet of wil hij de keuzes en handelingen van de cliënt – mede onder invloed van het zelfbeschikkingsrecht – respecteren. Paternalistische interventies bevinden zich per definitie in dit spanningsveld. De werkers zoeken voortdurend de balans tussen bescherming aan de ene en zelfontplooiing en activering aan de andere kant.

Van der Laan (1997) gebruikt het begrip burgerschap om de relatie tussen cliënten en hulpverleners of voorzieningen opnieuw te iken. Volgens hem kan vanuit dat perspectief de paradox tussen het recht op zorg en het recht op autonomie worden opgelost. De cliënt blijft te allen tijde burger; dat leidt, ook in de maatschappelijke praktijk van zorg en hulpverlening, tot een dubbelrol: “de burger stelt een medeburger aan om macht over hem uit te oefenen, maar geeft de macht niet definitief uit handen”. Hij controleert vervolgens de macht die hij delegeert (Van der Laan 1997, p. 28). Maar ook de hulpverleners zijn burger. Zij nemen verantwoordelijkheid voor het leven van hun cliënten en leggen verantwoording af over de wijze waarop zij deze verantwoordelijkheid invullen. Die

verantwoording leggen zij af aan hun cliënt, aan diens naasten, aan de instelling en uiteindelijk aan de maatschappij. Hoe meer er sprake is van dwang en drang, hoe groter de plicht is tot legitimatie daarvan, stelt Van der Laan. Hoe groter ook de noodzaak is om de cliënt als medeburger te respecteren.

Van der Laan laat het niet bij deze uitgangspunten. Hij laat ook zien hoe de uitgangspunten vorm krijgen in interventies. Zo beschrijft hij de zogeheten 'Instap-methode' die onder meer behelst een intensieve en persoonlijke omgang tussen hulpverlener en cliënt, gebaseerd op gelijkwaardigheid (Van der Laan 2000). Gedurende een korte periode zijn de werkers dag en nacht bereikbaar en beschikbaar voor de cliënt, vanuit het principe dat de werker de cliënt volgt, in plaats van andersom. Hulpverleners staan naast de cliënt en proberen voeling te krijgen met diens levensritme; ze proberen, zoals Van der Laan het formuleert met een metafoor uit de wereld van de dans, in de pas te raken met de cliënt. Wat de organisatie betreft, is het Instap-bureau een informele, platte organisatie: "zoals de werker de cliënt volgt, volgt de organisatie de werker" (Van der Laan 2000, p. 25). De enige manier om bevoogding van cliënten te voorkomen, is om als hulpverlener erop gericht te zijn cliënten in hun eigen situatie te laten overleven. Cliënten moeten de greep op hun levensvoorwaarden weer kunnen herstellen; daartoe dienen interventies.

Ook Baart heeft op meer plaatsen een pleidooi gehouden voor een 'volgende aanpak'; de werker moet de cliënt kunnen volgen, en moet daarom zelf niet te veel zijn vastgelegd en beperkt door allerlei regels (Baart 2000). De werker 'in de marge' is een "specialist in het ongespecialiseerde, in domeinoverschrijding" en hij of zij stelt zich open voor de verhalen van de cliënt en probeert haar of hem te volgen. De werker deinst niet terug voor persoonlijke betrekkingen en voor persoonlijke verantwoordelijkheid, en sluit zoveel mogelijk aan bij de persoonlijke netwerken van de cliënt. Volgens Baart hebben de werkers veel handlingsvrijheid nodig, maar dat is bepaald geen ongecontroleerde vrijheid. De aanpak dient verankerd te zijn en navolgbaar, bijvoorbeeld door praktijkbeschrijvingen, een sociale insluiting en een sterke bevordering van introspectie en reflectiviteit. Dit alles stelt de hulpverlener in staat de cliënt te bereiken, in de zin dat de cliënt in staat wordt gesteld een eigen keuze te maken, ofwel om zich te voegen in het maatschappelijk bestel, ofwel om zijn eigen weg te gaan.

Zowel Van der Laan en Baart beschrijven een manier van interveniëren in het leven van sociaal kwetsbare mensen die we met Tonkens empathisch zouden kunnen noemen. Deze interventies lijken ten koste te gaan van de autonomie van mensen, maar ze zijn er uiteindelijk op gericht die autonomie te herstellen.

## 3 Verkommerden en verloederden

### 3.1 Aard van de problematiek

Er bestaat in onze samenleving een groep mensen die met zware persoonlijke en sociale problematiek te kampen hebben. Als gevolg daarvan zijn ze nauwelijks in staat om zelf hun leven vorm te geven. Sommigen kunnen bijvoorbeeld niet zelfstandig wonen, of zijn zo zeer in de knel geraakt dat ze uit hun huis zijn gezet. Ze zijn eigenlijk aangewezen op de hulp van voorzieningen. Maar mede door hun problematiek komen ze daar vaak niet terecht. Het gaat om een diffuse groep mensen, onder wie:

- dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek,
- mensen die (zware) overlast veroorzaken,
- chronisch-psychiatrische patiënten die om de een of andere reden geen adequaat zorgaanbod krijgen.

Voor deze mensen zijn in de taal van het beleid en van de instellingen twee termen bedacht: ‘zorgwekkende zorgmijders’ en ‘verkommerden en verloederden’. In een onderzoek van het Trimbos-instituut en Research voor Beleid wordt de volgende omschrijving gehanteerd:

“Vooronderstelling is dat het om een diffuse groep gaat die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en/of niet of niet voldoende in de eigen bestaansvoorwaarden kan voorzien. Gedacht wordt aan dak- en thuislozen, zorgwekkende zorgmijders, zichzelf verwaarlozende, gemarginaliseerde groepen. Deze mensen kunnen al dan niet ernstige en langdurige psychische stoornissen en/of verslavingsproblemen of een combinatie van deze kenmerken hebben. Het gaat bij de ‘verkommerden en verloederden’ niet alleen om de zichtbare groep op straat, maar ook om de onzichtbare groep mensen die in hun woning een marginaal bestaan leidt.”

Wij gebruiken de term ‘verkommerden en verloederden’, omdat ze vrijwel direct een beeld geeft van de mensen waarom het gaat. De term ‘verkommerden en verloederden’ is echter uitermate stigmatiserend en labelt de mensen als bijna hopeloze gevallen die er een vrijwel onmenselijke manier van leven op na houden. Het begrip ‘zorgwekkende zorgmijders’ is vooral vanuit het gezichtspunt van de instellingen geijkt. Sommige mensen mijden de instellingen echter omdat die geen passend aanbod van zorg kunnen leveren of omdat ze niet serieus worden genomen. Voor deze mensen is het pas echt zorgwekkend dat er geen goede zorg voor hen is. Anderen hebben niet in de gaten dat ze zorg nodig hebben, bijvoorbeeld als gevolg van psychiatrische problematiek. Dit zijn twee groepen die om verschillende redenen de instellingen mijden. De verschillen tussen deze groepen vragen ook om verschillende oplossingen.

We schetsen nu een nader beeld van de drie eerder onderscheiden categorieën. Dit beeld is overigens voorlopig, want het genoemde onderzoek van Research voor Beleid en het Trimbos-instituut is juist erop gericht de groep nauwkeuriger te omschrijven.

Dak- en thuislozen worden vaak in een adem genoemd. Volgens Heydendael moet je ze scheiden. Daklozen zijn mensen die tijdelijk geen dak boven hun hoofd hebben, bijvoorbeeld door een ramp, een echtscheiding of iets dergelijks. Thuislozen zijn mensen zonder 'thuis' en deze categorie bepaalt ons beeld van de groep, omdat ze vaak zichtbaar in de straten van de grote steden verblijven. De overheid is er lange tijd van uitgegaan dat er circa 20.000 dak- en thuislozen in Nederland zijn. Een groot deel van hen heeft een psychiatrische stoornis. Het gaat hier volgens de meest 'optimistische' en breed geaccepteerde cijfers om tussen de 3.000 en 6.000 mensen (15% à 30%) (Gezondheidsraad 1995). Andere cijfers, die minder optimistisch zijn, spreken van een forse groei in de komende jaren van de dak- en thuislozen en van het aantal psychiatrisch gestoorde onder hen (NRV 1993, Heydendael 2000). Recentelijk gaat de overheid ervan uit dat we 30.000 dak- en thuislozen in Nederland hebben. Schnabel (2000) spreekt van 'maatschappelijk marginalen'. Hij rekent daartoe verschillende, deels overlappende, groepen zoals harddrugsverslaafden, zware alcoholisten, dak- en thuislozen en chronische psychiatrische patiënten. Op basis van al deze schattingen veronderstellen wij dat de groep 'maatschappelijk marginalen' zo'n 50.000 personen omvat.

Mensen die (extreme) overlast veroorzaken, worden doorgaans ook tot de groepen 'zorgwekkende zorgmijders' of 'verkommerden en verloederden' gerekend. Om hoeveel mensen het dan gaat, is onbekend. Er komen steeds meer initiatieven van de grond die tot doel hebben deze overlast te bestrijden en liever nog voorkomen, soms op initiatief van een GGD, soms op initiatief van de gemeente, een woningbouwvereniging of een instelling voor hulpverlening. Dit zou erop kunnen wijzen dat deze problematiek toeneemt.

Door de extramuralisering zijn steeds meer ouderen, chronisch-psychiatrische patiënten, verstandelijk en meervoudig gehandicapten aangewezen op maatschappelijke steunstructuren waarin voorheen instellingen voorzagen. De ontwikkeling van deze maatschappelijke steunstructuren voor onder andere dagbesteding en ondersteuning bij de besteding van de vrije tijd, lopen niet altijd gelijk op met de processen van extramuralisering. Hoeveel mensen hierdoor in de problemen komen, is onbekend.

Volgens Van Panhuis is er een groep mensen die door de extramuralisering nooit in instellingen terecht is gekomen. Deze groep leidt aan chronische psychosen en heeft een sterke neiging tot het gebruik van allerlei middelen (drugs en alcohol) waardoor hun situatie verslechtert. Ze krijgen weliswaar min of meer regelmatig zorg, maar weigeren doorgaans farmacotherapeutische behandeling van hun psychosen, terwijl dat ze volgens Van Panhuis wel goed zou doen. Een schatting leert dat er momenteel zo'n 5.000 chronisch-psychiatrische patiënten in Nederland zijn zonder een stabiele zorgrelatie met de GGZ (Van Panhuis 1997). Een deel van hen is dak- en/of thuisloos. De hulpverlening, zoals die nu is georganiseerd, sluit onvoldoende aan op de

zorgbehoeften van deze groep. Mede daardoor leeft deze groep vaak in kommer-volle omstandigheden.

Het is vaak de combinatie van psychiatrische problemen in engere zin met problemen in het sociale functioneren die tot maatschappelijke verloedering leidt. Beide soorten problemen komen duidelijk voor bij mannelijke schizofreniepatiënten tussen 20 en 45 jaar. Gebrekkig ziektebesef en alcohol- of drugsgebruik compliceren de moeilijkheden van de psychose en de betrokkene komt in een neergaande spiraal terecht, die zich moeilijk laat doorbreken.

“Iemand die thuisloos is, heeft een ander gevoel van ruimte dan wij hebben. Het ene moment komt hij veel te dicht bij andere mensen en vraagt hij voortdurend om aandacht, en even later zondert hij zich volledig af. Hij kan afstanden niet goed inschatten, het is alsof hij altijd door de verkeerde deur loopt. Dat heeft niets met dommigheid te maken.” (Welten 2000; vgl. Heydendael 2000). Volgens Heydendael is thuisloosheid niet iets wat iedereen kan overkomen en gebeurt het maar zelden dat thuislozen erin slagen terug te keren naar een gewoon bestaan. Het is dan ook geen taak van de opvang om hiervoor te zorgen. De opvang moet het lijden van deze mensen verlichten, moet ze verwennen en veel aandacht geven (Welten 2000).

In de samenstelling van de groep thuislozen treden veranderingen op. Aan de ene kant komen er meer jongeren die een zwervend bestaan lijden. Aan de andere kant zijn er meer oudere thuislozen. Verder zijn er meer vrouwen, meer allochtonen en meer verslaafden thuisloos. Dak- en thuislozen hebben een slechte gezondheidstoestand. Ze hebben allerlei medische problemen variërend van een slechte lichamelijke conditie veroorzaakt door jarenlang gebruik van alcohol en drugs tot allerlei ziektes zoals HIV, hepatitis B en open TBC.

### *3.2 De samenleving en verkommerden en verloederden*

In de afgelopen periode heeft ‘zelfbeschikking’ in de wetgeving een prominente plaats gekregen dan ‘het bestwildenken’ of ‘weldoen’ dat van oudsher wordt geassocieerd met het terrein van de hulpverlening. Deze verschuiving gaat niet probleemloos. In de discussies over de Wet BOPZ bijvoorbeeld lijkt het erop dat we toe zijn aan het opmaken van een tussenstand. Men zou die tussenstand kunnen typeren met de frase: al die aandacht voor zelfbeschikking is mooi, maar zijn we als samenleving daarin niet wat té ver gegaan? Mensen stellen vragen als: doen we als samenleving en bestuur daarmee wel ‘recht’ aan mensen met problemen die niet goed voor zichzelf kunnen opkomen, en doen we wel voldoende aan het beschermen van de maatschappij tegen gevaarlijke mensen en (zware) overlastveroorzakers? Moeten we hen niet wat ‘doortastender’ aanpakken om overlast en onveiligheid te bestrijden, en vooral omdat het beter is voor hen-zelf?

De volgende drie achtergronden verklaren de toegenomen belangstelling voor de relatie tussen zelfbeschikking en weldoen in de zorg- en hulpverlening. In de eerste plaats is dat de extramuralisering en vermaatschappelijking waardoor steeds meer mensen met chronische aandoeningen buiten de intramurale gezondheidszorg blijven. De gedachte is dat hierdoor de zorg vermaatschappelijkt en de mensen om wie het gaat, emanciperen. Het betekent tevens dat mensen buiten de boot kunnen vallen en niet de noodzakelijke zorg krijgen die hen toekomt.

In de tweede plaats is er een toenemende aandacht voor de chronische patiënt. Veel stoornissen zijn chronisch van aard en dit vereist dat de hulpverlening zijn aanbod daarop afstemt: het aanbod moet integraal, continue en vooral 'op maat' zijn. Dat betekent dat niet 'het genezen', maar het zoveel mogelijk op peil houden van de kwaliteit van leven van de chronische patiënt centraal komt te staan. In de derde plaats speelt de zogenoemde rationalisering van de hulpverlening een rol. Hulpverlening moet behalve toegankelijk en zo goedkoop mogelijk, ook vooral doelmatig zijn en als het even kan 'evidence-based'. (In de GGZ is evidence-based behandeling nog niet wijd verspreid, mede omdat er veel mensen sceptisch zijn over de mogelijkheid daarvan). Dat geldt voor allerlei vormen van hulpverlening. In de psychiatrie zien we dat biomedische verklaringen van psychische gestoordheid weer meer gangbaar zijn dan in voorgaande perioden. Erkenning dat er sprake is van ziekte houdt ook in dat behandeling gewenst kan zijn.

De discussie over een evenwichtige relatie tussen weldoen en autonomie is van alle tijden. In het Nederlandse debat houden zowel gezondheidsjuristen als ethici zich hiermee bezig (Leenen, Roscam Abbing, Legemaate, Van de Klippe, Berghmans). Opvallend is dat de psychiatrische beroepsgroep wat dit betreft het minst van zich doet spreken. Zij heeft nauwelijks van zich laten horen toen de Hoge Raad in 1982 bepaalde dat het gevaarscriterium doorslaggevend werd en ook bij de inwerkingtreding van de Wet BOPZ bleef het stil. Van de zijde van de psychiaters is weinig ondernomen om erop te wijzen dat naast het belang van rechtsbescherming ook een adequate behandeling van belang kan zijn voor mensen met een psychiatrische stoornis (Van Panhuis 1997). In de huidige GGZ is ook moeilijk te bewijzen wat adequaat is. Daarin komt overigens de laatste tijd wel verandering.

Het evenwicht tussen weldoen en autonomie is heel ingewikkeld, zeker als er sprake is van een gebrekkige autonomie bij mensen die hulp vragen of nodig hebben. Een van de terreinen waarop deze discussie zich manifesteert, is in het debat tussen gevaar en bestwil. In dit debat staat de vraag centraal of het gevaarscriterium wel voldoende bescherming biedt. De meeste psychiaters zien gevaar en bestwil als twee onlosmakelijke aspecten van hun klinische werkelijkheid (Van Panhuis 1997). Juristen aan de andere kant maken zich er zorgen over dat het gevaarscriterium in de praktijk te veel wordt opgerekt waardoor de rechtspositie van de patiënt onvoldoende gewaarborgd is (Van Ginneken 1993).



Ethici benadrukken het belang van een goede balans tussen weldoen en autonomie. Zo legt Berghmans de nadruk op de wils(on)bekwaamheid die als het ware een scharnierfunctie moet vervullen in het spanningsveld tussen respect voor autonomie en weldoen. Hoe minder wilsbekwaam iemand is, hoe meer het mogelijk zou moeten zijn vanwege zijn bestwil onder dwang in te grijpen (Berghmans 1992, 1997, RVZ 1997).

### *3.3 Overheidsinterventies*

De groep die in dit hoofdstuk centraal staat, blijkt moeilijk bereikbaar voor veel van de voorzieningen die we in Nederland hebben. Het is de groep waarbij dwang en drang bekende elementen in de hulpverlening zijn; de discussie over de wenselijkheid of onwenselijkheid daarvan is van alle tijden. Momenteel is de roep om hulpverlenersmogelijkheden die gebruik maken van enerzijds meer drang en anderzijds meer dwang 'op maat' hoorbaar (zie ook hoofdstuk 2).

Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van drang in de hulpverlening flink toeneemt. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat er in Nederland (weer) milder gedacht wordt over de bezwaren daarvan. We vinden (dwang en) drang blijikbaar wenselijk als het kan voorkomen dat we mensen met problemen aan hun lot overlaten. De tijd van de antipsychiatrie, waar de maatschappij de schuld kreeg van alle problemen, ligt al weer ver achter ons. De indruk bestaat dat er steeds meer voorwaardelijke hulpverlening met als...dan...constructies plaatsvindt, zowel in de GGZ, in de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), en de maatschappelijke opvang, als bij het algemeen maatschappelijk werk. Overigens is deze benadering niet nieuw, maar grijpt hij terug op de methodiek van het maatschappelijk werk uit de jaren vijftig.

Overheidsinterventies voor verkommerden en verloederden vinden onder meer plaats onder de noemers: openbare gezondheidszorg (OGZ) en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Wat precies openbare gezondheidszorg is, laat zich niet gemakkelijk definiëren. Het gaat in elk geval om de collectieve preventie, zoals infectieziektebestrijding, de jeugdgezondheidszorg, de gezondheidsbevordering, het bevolkingsonderzoek en de gezondheidsbescherming. Daarnaast betekent OGZ ook dat de overheid haar verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kwalitatief goede voorzieningen waarmaakt. Dat doet zij onder meer via wet- en regelgeving, maar ook direct via de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) of de Algemene bijstandswet. Ook de zorg voor specifieke groepen zoals verslaafden, dak- en thuislozen en illegalen die (lokale) overheden zelf uitvoeren of die ze laten uitvoeren door gezondheidszorginstellingen, wordt tot de OGZ gerekend.

De uitvoering van de OGZ kent een aantal problemen. Zo bleek in 1995 uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 1995) dat de gemeenten op heel verschillende wijze invulling geven aan de hun krachtens de

Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) toebedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid. Lokaal zorgbeleid kwam nauwelijks van de grond, de positie van de gemeentelijk gezondheidsdiensten (GGD's) was heel verschillend en van facetbeleid was nauwelijks sprake. De commissie-Lemstra (1996) werd ingesteld om te adviseren over oplossingen. Deze commissie constateerde onder meer behoefte aan meer landelijke sturing op onderdelen van de collectieve preventie en aan verheldering van de wettelijke taken.

Het rapport van de commissie-Lemstra vormt het begin van een beleidsproces waarin de functie van de OGZ voor de toekomst wordt verhelderd. Er komt een actieprogramma versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid en er is een Platform openbare gezondheidszorg ingesteld om een visie op de OGZ en mogelijke verbeterinterventies te ontwikkelen. Vier werkgroepen, onder leiding van een stuurgroep, hebben de aan de gemeenten opgedragen taken verhelderd en basispakketten geformuleerd. Er wordt tevens een begin gemaakt met het hanteerbaar maken van de spanning tussen de 'reikwijdte' van de verantwoordelijkheden van de overheid en die van de verschillende zorginstellingen. Het is onder meer deze spanning die ertoe leidt dat voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg of het sociale beleid zich niet of te weinig verantwoordelijk voelen voor taken op het gebied van de OGZ. Dat leidt tot problematische situaties voor sociaal kwetsbare mensen waarin vaak een 'probleemeigenaar' ontbreekt, met andere woorden er is niemand die zich verantwoordelijk voelt een bepaald probleem te helpen oplossen, waardoor het blijft voortbestaan (RVZ 1999).

Een van de werkgroepen van het Platform openbare gezondheidszorg hield zich bezig met de openbare geestelijke gezondheidszorg. De OGGZ houdt zich bezig met OGZ voor psychische problemen. Met name rond crisisopvang is dan inzet en afstemming van verschillende partners vereist.

In een brief aan de Tweede Kamer (VWS 2000b) schrijft minister Borst dat psychisch gestoorde mensen in een crisissituatie snel en zorgvuldig geholpen moeten worden, dat afstemming nodig is om efficiënt en effectief hulp te kunnen bieden, en dat een van de partijen verantwoordelijk moet zijn voor de coördinatie. Daartoe is op 19 oktober 1999 door het ministerie van VWS een convenant Openbare geestelijke gezondheidszorg afgesloten met de volgende partijen (VWS1999):

- de Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG),
- de vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland),
- de Landelijke vereniging van gemeentelijke gezondheidsdiensten (LvGGD),
- zorgverzekeraars Nederland (ZN),
- de Federatie Opvang (FO).

In dat convenant is vastgelegd dat gemeenten de regierol hebben over het tot stand brengen van een effectief vangnet van hulpverlening en opvang in de regio voor mensen in acute psychische nood. Naast gemeenten (GGD's) leveren

verschillende anderen (geestelijke gezondheidszorg, politie, woningbouwcorporaties, onderwijs) elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid hun aandeel. Gemeenten zorgen ervoor dat er afspraken komen over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden en dat de taken worden afgestemd. Het resultaat hiervan is een sluitende zorg- en opvangketen voor mensen in een crisissituatie.

Gemeenten zijn in toenemende mate bezig om de verantwoordelijkheid voor de regierol duidelijk vorm te geven.

“In de praktijk blijkt echter dat het nog niet altijd lukt om mensen in crisissituaties snel en goed te helpen. (...) Daarom zijn op rijksniveau diverse ondersteunende activiteiten nodig. In algemene zin gaat het dan om het – op landelijk niveau – stimuleren van samenwerking tussen betrokken partijen, het creëren van landelijke (wettelijke) kaders en voorwaarden en het signaleren van ontwikkelingen en knelpunten”(p. 2) (VWS 2000b).

Het landelijk covenant is een van die maatregelen. De partijen spreken hierin gezamenlijk af het OGGZ-beleid te ondersteunen en te stimuleren door zich in te zetten voor de totstandkoming en de uitvoering van lokale of regionale convenanten en samenwerkingsverbanden. In deze convenanten wordt het basisaanbod van OGGZ-activiteiten uitgewerkt waaronder de crisisopvang. Er is voor twee jaar een landelijk platform OGGZ ingesteld om deze ontwikkeling te ondersteunen. Daarnaast is het plan de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de regierol in de OGGZ te verankeren in de WPCV.

Vervolgens wijst de minister de Tweede Kamer op de volgende initiatieven. In het Integraal veiligheidsprogramma (Tweede Kamer 1998/1999) worden activiteiten ondernomen voor een sluitende 24-uursstructuur voor mensen die overlast veroorzaken en hulp nodig hebben. De Inspectie voor de Politie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg verrichten onderzoek. Dit bestaat uit twee delen: onderzoek naar de formele kaders waarbinnen de politie omgaat met mensen in acute noodsituaties, en onderzoek naar ervaringen van de politie met de hulpverlening. Tevens is er een aantal maatregelen in voorbereiding om de toegang tot de TBS te verbeteren.

In het kader van de Wet BOPZ wordt een grootschalig onderzoek gedaan naar verkommerden en verloederden (afgerond 2002) door het Trimbos-instituut (vgl. Wolf 1998). Tevens is een aantal wijzigingen in de Wet BOPZ in voorbereiding (o.a. ambulante dwang en dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid). Hierover wordt veelvuldig gepubliceerd, er worden vaak Kamervragen over gesteld en de politiek is over het algemeen van mening dat er meer dwang en drang toepassingen wenselijk zijn. Onlangs heeft ook de PvdA (bij monde van Melkert) zich in deze discussie begeven. Aanleiding voor het dagblad Trouw om er een discussie over te starten.

Ten slotte is in september 2000 de task-force extramuralisering geïnstalleerd (VWS 2000a) om de afstemming en samenwerking tussen de GGZ en andere

sectoren te versterken en te stimuleren. De taskforce zet zich in voor integratie van ex-psychiatrische patiënten op lokaal niveau. Het uitgangspunt is dat sociaal kwetsbare mensen met vaak (chronische) psychiatrische problematiek zo veel mogelijk kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Kortom: we zien dat er relatief zwaar wordt ingezet vanuit het rijk om de samenhang en afstemming te organiseren op lokaal niveau; zelfs wetgeving wordt hiervoor ingezet. Het is de vraag hoeverre deze stimulansen van het rijk schoten in de roos zijn. Gemeenten geven elk op hun eigen wijze uitvoering aan hun O(G)GZ taken. In Groningen (tijdens een werkbezoek van de RMO) hebben we hiervan een goed beeld gekregen.

### 3.4 Voorzieningen

Instellingen op gemeentelijk niveau die te maken hebben met verkommerden en verloederden zijn de gemeente, politie en justitie, uitkeringsinstanties, woningbouwverenigingen, dak- en thuislozenopvang, sociale pensions, algemeen maatschappelijk werk, welzijnsorganisaties, de (geestelijke) gezondheidszorg, de verslaafdenzorg, de openbare (geestelijke) gezondheidszorg. Er zijn daarnaast verschillende projecten waarin instellingen gezamenlijk experimenteren met methodieken om de bovengenoemde groepen beter te bereiken en ze een passender zorgaanbod te bieden. Inmiddels is een heel leger aan hulpverleners actief, gemiddeld zijn er zo'n tien hulpverleners op één thuisloze. Verder zijn er ook nog 'consumerrun'projecten waarin de cliënten zelf een belangrijke rol spelen. Er is volgens de Federatie Opvang een verschuiving te zien in de problemen waar de instellingen voor maatschappelijke opvang mee te maken krijgen: zwerende alcoholverslaafden, dubbele diagnose, schuldproblematiek (ook bij jongeren), ouderen, allochtonen, tienermoeders, zwerfjongeren die niet meer terecht kunnen bij de jeugdhulpverlening (vanwege leeftijd of gedrag).

Een belangrijke ontwikkeling in de zorg is de extramuralisering. Deze ontwikkeling heeft ook gevolgen voor de problemen die je op straat vindt. Volgens het Basisberaad GGZ (1999) zijn er meer mensen met psychiatrische problematiek onder de dak- en thuislozen. Volgens de Federatie Opvang eindigt de extramuralisering vaak in sociale pensions, waardoor de doorstroming daar belemmerd wordt en de zorgzwaarte te veel toeneemt.

Zowel de Federatie Opvang als het Trimbos-instituut signaleren een trend van protocollisering; er komen meer richtlijnen, reglementen en meer instellingen werken met een formeel kwaliteitsbeleid. Een protocol kan een vorm van erkenning betekenen, maar het kan ook leiden tot een verstening van de praktijk. De Federatie Opvang signaleert ook dat de indicatiestelling zwaarder wordt, maar volgens de gesprekspartner van het Trimbos-instituut hebben de kwetsbare mensen aan de onderkant niet direct met indicatiestelling te maken. Crisisopvang en bemoeizorg gaan buiten de indicatiestelling om. Wel komt voor die vormen van zorg een toetsing achteraf.

Volgens de Federatie Opvang is er meer nadruk komen te liggen op behandeling en 'beter worden'. Dit wordt bevestigd door het Basisberaad. Het zogenoemde vangnet lijkt te veranderen in de richting van een vangnet waaruit geen ontsnapping meer mogelijk is aan hulpverleners die je problemen willen oplossen. Het risico bestaat dat je niet toekomt aan acceptatie van het verhaal en de problemen van cliënten. Niet alles is oplosbaar; problemen horen erbij. Samenhangend hiermee is de nadruk op concrete resultaten. Volgens de medewerker van het Trimbos-instituut zijn resultaten bij verkommerden en verloederden moeilijk. De normen liggen dan ook heel laag, bijvoorbeeld stabilisatie, minder opnamedagen, betere woonsituatie, meer steun in de omgeving en, als belangrijkste, contact leggen en houden. Als er eenmaal contact is, is er soms wel meer mogelijk. Maar hulpverleners zijn vaak meer op crisisbeheersing en zorg gericht dan op reïntegratie, aldus het Trimbos-instituut.

De politie Amstelland signaleert dat er nog steeds een duidelijke kloof is tussen daklozen en omgeving, grotendeels veroorzaakt door onbekendheid. De houding is nog steeds dat de hulpverlening en de politiek het op moeten lossen.

Het heersende professionaliteitsbegrip in de zorg lijdt aan depersonalisatie. Door de nadruk op geobjectiveerde outputmeting, is er niet langer sprake van een wederkerige intermenselijke relatie waarin zorgvrager én zorgverlener als mens tot hun recht komen. Om hierin een ommekeer te brengen, moet er weer meer aandacht komen voor de motivatie van zorgverleners en moet het menselijke karakter van de zorgrelatie in ere worden hersteld, aldus de ethica A. van Heijst (2000).

### 3.5 *Knelpunten*

De hulpverleners bieden vaak niet waar thuislozen behoefte aan hebben. Ze zijn te veel gericht op rehabilitatie en werken te veel langs elkaar heen. De maatschappelijke opvang is de laatste plek waar mensen heen kunnen. Het contact tussen hulpverlener en cliënt wordt bemoeilijkt door slechte ervaringen met hulpverleners en doordat er altijd een dwingend systeem achter de hulpverlener zit (Basisberaad en politie Amstelland).

Hulpverleners geven het met deze groep ook wel eens op (politie Amstelland). De Federatie Opvang geeft aan dat er te weinig bemoeizorg is en dat het straathoekwerk en de bemoeizorg ook niet meer in de opleidingen aan bod komen.

Een belangrijk probleem is de onoverzichtelijkheid en verscotting van de hulpverlening. De politie Amstelland heeft bijvoorbeeld moeite met het vinden van de juiste ingang om iemand geplaatst te krijgen. De Federatie Opvang geeft overigens aan dat er op uitvoerend niveau wel contact is tussen maatschappelijke opvang en GGZ, maar dat de verschillende financieringsstromen samenwerking bemoeilijken.

Een hiermee samenhangend probleem is dat er bij verschillende instellingen gebruik wordt gemaakt van voorwaardelijke regelingen, maar er geen zicht is op het cumulatieve effect van die regelingen (Basisberaad).

Veel mensen uit de OGGZ-groep hebben een achtergrond in de psychiatrie. De tendens meer resultaatgericht te werken, blijkt in de praktijk het effect te hebben dat mensen met een psychiatrische achtergrond niet door de keuring voor reïntegratietrajecten komen. De keuringsartsen worden op resultaat afgerekend, wat kan leiden tot de neiging om 'de markt af te romen'.

### 3.6 *Oplossingsrichtingen*

Veel suggesties voor verbetering hebben betrekking op het contact tussen hulpverlener en cliënt. Benadrukt wordt het belang van vertrouwen. Het is dan ook van groot belang wie het contact zoekt en hoe dat gebeurt. Gesuggereerd wordt mensen van buiten het hulpverleningssysteem in te schakelen; die kunnen het contact in bepaalde gevallen beter leggen en houden, omdat ze niet de handicap hebben dat ze deel zijn van een dwingend hulpsysteem.

Om het contact te behouden en zo zicht te kunnen houden op een cliënt, worden in Amsterdam in het kader van het Support-project mentoren toegewezen aan cliënten, die de cliënt monitoren.

Van belang is ook de houding van de hulpverlener. Benadrukt wordt dat de cliënt het zelf moet doen en dat de hulpverlener moet volgen. Hulpverleners moeten niet alleen iets aanbieden, dat maakt passief. Ook het tempo van de cliënt moet worden gevolgd: er moet voldoende tijd worden genomen en in sommige gevallen moet er juist erg snel ingegrepen kunnen worden.

Het zou goed zijn om cliënten in te schakelen voor het bereiken van anderen en te betrekken bij het overleg over oplossingen.

Een ander punt dat vaak opduikt in de gesprekken is dat er meer samengewerkt moet worden in de hulpverlening, om lange zoektochten met veel doorverwijzingen te voorkomen. In Amsterdam wordt bijvoorbeeld geprobeerd verbindingen te leggen tussen hulpverlening en politie. Ook wordt benadrukt dat de ingang van de zorg duidelijk moet zijn.

Een manier om die samenwerking en afstemming te bereiken, is het tot stand brengen van netwerken. Dit moet dan én van bovenaf én op uitvoeringsniveau gebeuren. Belangrijk hiervoor is dat er visie en kennis van zaken is bij de politiek. Door de Federatie Opvang werd nog opgemerkt dat netwerkvorming extra tijd en geld kost en dat VWS daaraan voorbij lijkt te gaan.

De geïnterviewden lijken het ook eens te zijn over de wenselijkheid van meer drang, bemoeizorg of outreachend werken. De hulpverlener moet het niet te snel opgeven; mensen moeten gemotiveerd worden voor deelname. De Federatie Opvang stelt dat dit uitgevoerd moet worden door mensen die de taal van de straat spreken, contact kunnen leggen en vertrouwen kunnen creëren. Als dat

contact er is kunnen mensen doorgesluisd worden naar een soort 'time-outvoorziening' waar ze tot rust kunnen komen. Daarna kan eventueel verder gekeken worden.

Bij bemoeizorg speelt altijd het vage onderscheid tussen mensen die echt geen hulp willen en mensen die over een drempel geholpen moeten worden. Volgens de gesprekspartner van het Trimbos-instituut stellen de meesten hulp uiteindelijk op prijs. De groep die echt geen hulp nodig heeft is klein. Slappende contacten zijn vaak nuttig om iemand in de gaten te houden en in te kunnen grijpen als het mis dreigt te gaan.

Ook maakt hij een kanttekening bij uitbreiding van bemoeizorg: regulering van bemoeizorg is nauwelijks mogelijk vanwege de hoge kosten.

Het uitsluiten van mensen met een psychiatrische achtergrond door bijvoorbeeld keuringsartsen kan eventueel worden verminderd door de kennis van de indicatiesteller over de psychiatrie te vergroten en door persoonlijk contact met die indicatiestellers (Basisberaad).

Bestuurlijke wil is een voorwaarde voor projecten waarbij verschillende hulpverlenende instellingen zijn betrokken. Veel hangt af van de energie van de initiatiefnemers. VWS zou een inhoudelijke richting moeten aangeven en de discussie moeten stimuleren (Federatie Opvang) De politie Amstelland geeft het belang aan van het op de hoogte houden van de buurt over projecten gericht op dak- en thuislozen.

Wat kan er gebeuren voor 'zorgwekkende zorgmijders' die dak- en thuisloos zijn, die ernstige overlast veroorzaken en die ondanks een ernstige chronische psychiatrische aandoening niet regelmatig hulp hebben?

De meeste zorgwekkende zorgmijders zijn beter geholpen met een zorgaanbod dat bij hun behoeften past, waarbij 'verleiden tot vertrouwen' centraal staat en dwang zo min mogelijk voorkomt. Met verbeteringen van het zorgaanbod in de richting van casemanagement en rehabilitatie voor chronisch-psychiatrische patiënten is winst te behalen in de zin van meer kwaliteit van leven voor deze groep.

Bij sommige zorgwekkende zorgmijders is het aannemelijk dat een combinatie van medicijnen en ambulante steun hun situatie kan verbeteren.

## 4 Jeugdigen in de knel

### 4.1 Aard van de problematiek

Halverwege de jaren negentig verscheen van de hand van prof. K. Schuyt een studie naar *Kwetsbare jongeren en hun toekomst* (Schuyt 1995). Schuyt omschrijft kwetsbaarheid ruim. Het gaat om jongeren in een maatschappelijk ongunstige positie, hetgeen volgens verschillende schattingen neerkomt op zo'n vijftien tot twintig procent van alle jongeren. Om het problematische van hun kwetsbaarheid te verhelderen, gebruikt Schuyt het begrip maatschappelijke kwetsbaarheid. "Maatschappelijk kwetsbaar is diegene, die in contact met maatschappelijke instellingen telkens weer te maken krijgt met de controlerende en sanctionerende aspecten ervan en minder geniet van het positieve aanbod." Deze omschrijving van kwetsbaarheid sluit aan op de waarneming dat de "interactie tussen jongeren en hulpverleningsinstellingen (...) zelf een bron van moeilijkheden van en met deze jongeren (is)" (Schuyt 1995: 14). Niet iedere jongere wordt door de instellingen op weg geholpen, soms is eerder het tegendeel het geval.

Wie zijn er dan kwetsbaar volgens Schuyt? Hij omschrijft ze als volgt: "Jongeren bij wie de kans op negatieve ontwikkeling en versterking van problemen het grootst is" (Schuyt 1995: 18). Die problemen kunnen heel verschillend zijn, van fysiek tot psychosociaal en emotioneel. Eén ding delen kwetsbare jongeren wel, namelijk dat de problemen structureel zijn. "Probleemjongeren laten zich ook herkennen door een stelselmatige gedragscomponent, door een terugkerend patroon van normoverschrijdingen" (Schuyt 1995: 20). Uiteindelijk schat hij de groep van probleemjongeren op zo'n tien procent van alle jongeren. Dat zouden dan zo'n 500.000 jongeren tot 25 jaar zijn (Schnabel 2000).

Schuyt omschrijft de groep niet precies. Dat zou te maken kunnen hebben met het feit dat hij oog heeft voor de sociale constructie van kwetsbaarheid en problematisch gedrag. Bovendien is de grens soms moeilijk te trekken tussen experimenteel risicovol gedrag dat voorbij gaat en structureel problematisch gedrag. Dat bemoeilijkt een nauwkeurige afbakening, zeker in de praktijk. Schnabel komt op basis van gegevens van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) tot een meer uitgesplitste bepaling van 'jongeren in de problemen' (Schnabel 2000). In de tabel staan deze jongeren vermeld.



Tabel Jongeren in de problemen

Omschrijving	Aantal	Opmerkingen
Mishandeld en verwaarloosd	10.000	Waaronder 40 sterfgevallen per jaar
Weggelopen	30.000 per jaar	10.000 langer dan drie maanden
Thuisloos	10.000-15.000 per jaar	
Taalachterstand	90.000	Onderwijsstarters zonder Nederlandse achtergrond
School drop-outs	24.000	13.500 met alleen basis-onderwijs; 10.000 met vbo/mavo zonder diploma
Zonder startkwalificatie	57.000	
Schoolverlaters zonder diploma		20% van de allochtone jongeren; 5% van de autochtone jongeren
Minderjarige verdachten (per 100.000 inwoners)	30 340 640	Misdrijven tegen het leven Mishandeling en bedreiging Vandalisme
Kinderen uit arme huishoudens	550.000	250.000 kinderen uit arme eenoudergezinnen

Bron: Schnabel 2000

Als we al deze jongeren kwetsbaar noemen, definiëren we wel een heel ruime en ongelijksoortige groep. Verder sluiten de categorieën elkaar niet uit, zodat men ze niet kan optellen. Bovendien lijkt de tabel meer inzicht te geven in het risico op kwetsbaarheid dan op daadwerkelijke kwetsbaarheid. Niet ieder kind uit een arm huishouden is immers kwetsbaar. Crimineel gedrag kan verder een bewuste keuze van jongeren zijn, een reële optie om individuele doelen te verwezenlijken. Voor andere jongeren kan criminaliteit, maar ook schooluitval, echter een signaal zijn van kwetsbaarheid die om ondersteuning vraagt.

Wat is dan kwetsbaarheid die om ondersteuning vraagt? Uit de interviewronde kwamen vier groepen van jongeren naar voren die het zeer moeilijk hebben om een weg te vinden in de samenleving en binnen de voorzieningen die hen zouden kunnen steunen op die weg.

- Jongeren met ernstige gedragsproblemen.  
Deze jongeren kampen met een opeenstapeling van problemen: gedragsproblemen, gezinsproblematiek, grote schulden, verkeerde vrienden.
- Jongeren met verslavingsproblematiek.  
Ook bij deze jongeren is vaak sprake van een combinatie van problemen op verschillende levensterreinen, al dan niet veroorzaakt door hun verslaving.
- Jongeren met een lichte verstandelijke handicap.  
Deze jongeren worden als een ongewenst pakketje tussen voorzieningen heen en weer geschoven, tussen jeugdzorg en zwakzinnigenzorg. Vaak komen ze ook in aanraking met justitie.
- Zwerfjongeren, dak- en/of thuisloze jongeren.  
Zij brengen hun dagen en nachten zwervend door, tussen allerlei vormen van institutionele opvang en allerlei vormen van daken op straat (zoals stations).

Zo geformuleerd zijn getallen moeilijk te geven. Maar het zijn er beduidend minder dan de aantallen die Schnabel vermeldt; we schatten dat zo rond de 15.000 personen sociaal kwetsbaar is.

De essentie van kwetsbaarheid, ook van jongeren, is de opeenstapeling van problemen op verschillende levensgebieden en de onmogelijkheid enerzijds om aan die problemen het hoofd te bieden, en anderzijds om de informele en formele steun te mobiliseren die daarvoor soms nodig zijn. Zoals we in de inleiding al duidelijk maakten, kan die onmogelijkheid net zozeer aan de mensen zelf liggen als aan de instituties.

In beschouwingen over jongeren met problemen is het gebruikelijk om vooral te wijzen op de multicausaliteit van de problematiek: onderzoekers wijzen vele factoren aan die in een complexe combinatie problemen kunnen veroorzaken. Het gaat dan om factoren die in de persoon zelf zijn gelegen, factoren in het gezin, in de directe omgeving, in de instellingen waarin de jongeren hun tijd doorbrengen (voor de meesten de school, voor sommigen bedrijven en voor weer anderen zorg-, hulpverlenings- en strafinstututen) en in de samenleving in het algemeen. Het voordeel van een dergelijke multicausale benadering is dat zij de complexiteit van het vraagstuk van kwetsbaarheid in beeld brengt en behoedt voor simplificaties en eenzijdige beschuldigingen. Het nadeel is echter dat het moeilijk is een aangrijpingspunt te vinden voor interventies. In het advies waarvan dit basisdocument ten grondslag ligt, kiezen we ervoor de relatie tussen kwetsbare jongeren en voorzieningen voor het voetlicht te brengen, als belangrijke factor in het proces van kwetsbaar worden. Deze factor is dan ook in het advies het belangrijkste aangrijpingspunt voor interventies.

Maar voordat kinderen en jongeren in aanraking komen met de instituties en voorzieningen van de verzorgingsstaat, kan er al een heleboel gebeurd zijn in hun gezinnen, families en directe leefomgeving. Bij kwetsbare jongeren is dat ook vaak – maar niet altijd – het geval: ze hebben een ongunstige startpositie, onder meer doordat de gezinnen waaruit zij komen met problemen kampen. Dan gaat het om verschillende problemen zoals een zwakke sociaal-economische positie, verslaving, stress en (licht-)verstandelijke handicap. Men zou dit algemener kunnen formuleren: het gaat om gezinnen die niet over de middelen, vaardigheden en ondersteuning beschikken om de taken en problemen aan te pakken waarvoor ze zich zien gesteld (Diekstra 1999). Het zijn juist deze gezinnen waarop van toepassing is dat de zwakste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. Schuyt (1995) wijst erop dat degenen die ondersteuning bieden aan gezinnen met jonge kinderen, ervoor moeten waken de opvoeders afhankelijk te maken van die steun en, mede daardoor, het zelfvertrouwen van die opvoeders en hun kinderen te verminderen. Want vaak worden in de periode dat kinderen jong zijn de kiemen gelegd voor de cultuurconflicten die later optreden binnen de instituties waarin de (inmiddels opgegroeide) jongeren verkeren.

Die cultuurconflicten zijn er mede de oorzaak van dat kwetsbare jongeren binnen de instituties niet altijd de steun krijgen die zij nodig hebben, waardoor hun kwetsbaarheid vaak wordt vergroot. De Winter en Kroneman (2000) wijzen op dit mechanisme in een onderzoek onder voortijdige schoolverlaters. De jongeren die in dit onderzoek aan het woord komen, ervaren een gebrek aan persoonlijke betrokkenheid bij docenten en hulpverleners. Het ontbreekt vaak aan tijd en overzicht om kwetsbare jongeren de nodige aandacht te geven, onder meer bij leerlingenbegeleiders. Vooral bij jongeren met ernstige gedragsproblemen treedt dit patroon op. Op school kunnen ze zich niet of met moeite handhaven en bouwen ze een geschiedenis van afwijzingen op. Maar ook in de speciale voorzieningen, zoals het speciaal onderwijs en in de hulpverlening, lopen ze vaak deuken op. Hulpverleners weten hen niet of nauwelijks te bereiken en te motiveren. Hoeveel redenen daarvoor ook kunnen zijn, vaak blijkt dat het aanbod van de hulpverleners niet aansluit op de, al of niet expliciet geformuleerde, vraag van de jongeren en hun ouders. Interventies van die hulpverleners hebben dan ook weinig effect en de problemen groeien ook de hulpverleners boven het hoofd.

Kwetsbaarheid heeft te maken met een gebrek aan autonomie, met de onmogelijkheid om zelfstandig keuzes te maken en beslissingen te nemen. Daarom wordt er vaak over je beslist. Verslaving en verstandelijke handicaps beperken de autonomie, tenminste als autonomie wordt opgevat als een vermogen van mensen. Aan een verslaving kunnen vele oorzaken ten grondslag liggen, die meestal in combinatie optreden. Het gaat onder meer om persoonlijkheidskenmerken, om schoolproblemen, de gezinssituatie, maatschappelijke omstandigheden, de invloed van vrienden en de copingstrategie van mensen (zie uitgebreider RMO/RVZ 1999). Waar het hier vooral om gaat, is dat het dagelijks

functioneren van jongeren met ernstige vormen van verslaving wordt aangetast, hetgeen ertoe leidt dat ze bijvoorbeeld van school worden verwijderd of worden ontslagen door een werkgever. Daardoor verliezen ze vaak de mogelijkheden om formele steun te mobiliseren. Verslaafde jongeren kunnen vervolgens niet terecht in de jeugdzorg, omdat verslaving geldt als contra-indicatie. Ze zijn dan aangewezen op de maatschappelijke opvang of op de verslavingszorg. Maar die laatste vorm van zorg is onvoldoende toegerust om problemen aan te pakken die samenhangen met de verslaving, zoals schooluitval, werkloosheid en een gebrek aan gezondheid.

Voor jongeren met een licht verstandelijke handicap is het vaak onduidelijk in welke voorzieningen ze thuishoren. Veel van deze jongeren komen uit gezinnen met een zwakke sociaal-economische positie, vaak omdat de ouders of andere gezinsleden ook een licht verstandelijke handicap hebben. Juist deze jongeren hebben te maken met de specialisatie in domeinen die het stelsel van voorzieningen kenmerkt. Ze hebben een IQ dat hen op de grens van verschillende voorzieningen plaatst, waardoor ze eenvoudig heen en weer kunnen worden verwezen, zoals tussen de jeugdzorg en de zwakzinnigenzorg. Als ze op de verkeerde scholen zitten, bijvoorbeeld in het reguliere onderwijs, ontbreken nog wel eens de zorg en ondersteuning die nodig zijn. Veel van deze kinderen en jongeren komen in aanraking met justitie, onder meer met de Raad voor de Kinderbescherming.

De belangrijkste problemen waar zwerfjongeren mee zitten, lijken zich te bevinden op de terreinen van huisvesting, schulden en verslaving. Maar ook voor deze jongeren geldt dat de voor hen bestemde voorzieningen maar nauwelijks helpen om hun kwetsbaarheid op deze terreinen te verminderen. Er bestaan voorbeelden van zwerfjongeren die binnen een periode van vier jaar met vele instellingen en nog veel meer hulpverleners te maken hebben gehad. Een vertrouwensband is dan niet op te bouwen, terwijl veel zwerfjongeren toch al moeite hebben om zich te binden. Bovendien confronteren hulpverleners hen met regels en voorwaarden die de zwerfjongeren sterk doen denken aan de (thuis)situatie die ze zijn ontvlucht, vooral omdat het regels zijn zonder dat er binding tegenover staat. Het is juist door regels te hanteren zonder een binding aan te gaan, dat de zwerfjongeren nodeloos worden aangetast in hun autonomie, waardoor hun kwetsbaarheid eerder wordt versterkt en geaccentueerd dan verminderd.

#### *4.2 De samenleving en kwetsbare jongeren*

“In de toekomstige samenleving lijkt minder plaats voor ‘uitvallers’ als minder begaafde jongeren, digibeten, criminele jongeren, allochtone jongeren, zwerfjongeren, laaggeschoolde jongeren en jongeren uit multiproblemegezinnen” (Van der Ploeg en Ferwerda 2000). Omdat toekomstvoorspellingen niet alleen de toekomst voorspellen maar ook, en vooral, een duiding zijn van de eigen tijd,

gebruiken we het betoog van Van der Ploeg en Ferwerda om een beeld te schetsen van de positie van jongeren in de huidige samenleving. Van der Ploeg en Ferwerda tekenen de contouren van de samenleving in tien karakteristieken: prestatie, wegwerp, consumptie, geïndividualiseerd, gefragmenteerd, rationeel, flexibel, technologisch, risico en uitsluitend. De gevolgen voor jongeren van dit type samenleving vatten zij samen in de geciteerde zin. Volgens Van der Ploeg en Ferwerda ontwikkelt de samenleving zich op een zodanige manier dat het voor kwetsbare jongeren erg moeilijk wordt om de ontwikkelingen bij te benen. Juist kwetsbare jongeren vallen buiten een samenleving waarin de prestatiedruk erg hoog is en waarin de nadruk ligt op consumptie en op de middelen om te consumeren, terwijl tegelijkertijd de mogelijkheden om steun te mobiliseren afnemen door individualisering en fragmentatie. De nadruk op consumptie wakkert ook risicogedrag aan; risico's en uitdagingen lijken meer dan ooit onderdeel van jong-zijn, en er zijn signalen dat het hiermee verbonden gebruik van stimulerende middelen is toegenomen (Heemskerk et al. 1999; vgl. Meeus et al. 1999). Misschien dat hier een relatie is met het door Schuyt gesignaleerde gegeven dat er inmiddels een geheel eigen jeugdcultuur is ontstaan, omgeven door andere vormen van sociale controle dan vroeger (Schuyt 1995). Niet langer domineert informele sociale controle, maar zijn er allerlei vormen van formele sociale controle die de boventoon voeren. Hoewel die vormen van informele controle, bijvoorbeeld de conciërge in het schoolgebouw, stilaan weer terugkeren, is het nog steeds de onpersoonlijke formele controle die in veel domeinen de toon zet. Dat betekent niet alleen dat allerlei soorten van risicogedrag en probleemgedrag langdurig ongesignaleerd kunnen blijven, maar bovendien dat jongeren verschillende vanzelfsprekende mechanismen van correctie en steun ontberen. Nog op een andere manier ontbreekt het aan correctie en steun: Van der Ploeg en Ferwerda wijzen erop dat in onze samenleving allerlei verhoudingen verzakelijken, gerationaliseerd worden, waardoor een persoonlijke vertrouwensband tussen onder meer docenten en hulpverleners enerzijds en jongeren anderzijds moeilijk tot stand kan komen.

Jongeren ontberen dus bepaalde mechanismen van correctie en steun terwijl ze in een samenleving leven waarin ontzettend veel te kiezen valt, goederen, partners, levenslopen, enzovoort, en waarin van jongeren wordt verwacht dat ze een verantwoorde keuze maken. Die keuze wordt bemoeilijk door de grote hoeveelheid prikkels die op jongeren afkomt, waarin vooral de media een belangrijke rol spelen. Het zijn niet langer de instituties van de verzorgingsstaat die mensen binnenboord houden; mensen worden veel meer zelf verantwoordelijk geacht om binnenboord te blijven. Daarmee neemt ook de tolerantie af voor mensen die afwijkend gedrag vertonen, zo signaleren Van der Ploeg en Ferwerda. Zij spreken zelfs van 'nieuwe onreinen', mensen die aan hun lot worden overgelaten. Verslaafden, zwerfjongeren en jongeren die overtredingen begaan, kunnen makkelijk toetreden tot het leger van de onreinen.

Immers, het algemene beeld van de jeugd lijkt zich niet gunstig te ontwikkelen in de samenleving. Jongeren bezorgen vooral overlast, zo valt af te leiden uit het

publieke debat, door hun uitgaanspatroon, het drankmisbruik dat daaraan kleeft en het geweld dat ze gebruiken (Meeus 1999; vgl. De Haan et al. 1999). Bovendien gaat de wijd verspreide mondigheid van jongeren, gecombineerd met de verregaande informalisering van de relaties tussen volwassenen en jongeren, niet zelden gepaard met verbale agressie en 'onbeschoftheid', zo luidt een andere klaagzang. Verder zouden jongeren weinig voor anderen over hebben en vooral erop gericht zijn zichzelf te ontplooien, en ruimte en respect voor zichzelf te claimen. Wat van deze beelden ook waar is, ze beïnvloeden de interactie tussen volwassenen en jongeren in een negatieve zin en ze stimuleren daardoor mechanismen van kwetsbaarheid. Als het gedrag van jongeren in een kwaad daglicht wordt gezet, is het des te moeilijker voor deze jongeren om informele en formele steun te verwerven. De reactie van de samenleving is dan immers primair gericht op corrigeren en grenzen stellen, zonder erop te letten dat binding en vertrouwen cruciaal zijn voor het succes van die correcties en voor het herstel en de bevordering van verantwoordelijkheid en autonomie.

### *4.3 Overheidsinterventies*

Binnen deze maatschappelijke context opereert ook de overheid. Het is ondoenlijk om een overzicht te geven van alle interventies van de verschillende overheden op tal van terreinen, van onderwijs tot jeugddetentie. We volstaan hier met enkele hoofdlijnen (vgl. Gilsing et al. 2000). Opvallend is in het algemeen dat het onderwerp 'jeugd' als zodanig sterk in de beleidsbelangstelling is komen te staan. De maatschappelijke verontrusting over 'de jeugd van tegenwoordig' komt mede hierin tot uitdrukking. Veel nadruk valt op de preventie van ongewenst, agressief, antisociaal en crimineel gedrag, waarbij het preventieve beleid al wordt gericht op de vroegste kinderjaren. Maar aan de andere kant zit er in het jeugdbeleid een duidelijke positieve trek, zeker als het beleid erop is gericht om een eigen plek voor jongeren te creëren, en om hen te interesseren voor participatie in de samenleving en binnen publieke instituties. De overheid heeft een actieprogramma jeugdparticipatie ingezet om projecten en initiatieven van de grond te krijgen.

Beide kanten van het beleid, de preventie- en de participatiekant, laten zich vatten onder het adagium 'de sluitende aanpak'. Was dat 'sluitende' in de eerste tijd dat dit adagium opdook, vooral gericht op onderwijs en arbeidsmarkt – het was in de tijd van de grote jeugdwerkloosheid – nu heeft de aanpak zich uitgebreid tot de vroegste kinderjaren. In dat kader zijn allerlei programma's ontwikkeld en voorzieningen tot stand gekomen om ouders te ondersteunen in de opvoeding, en kinderen te stimuleren in hun ontwikkeling. Dat wil niet zeggen dat de aandacht voor onderwijs en arbeidsmarkt is afgenomen. De bestrijding van voortijdig schoolverlaten is nog steeds een van de hoofditems van het beleid, net zoals de invoering van trajecten gericht op werk voor iedere jongere tot 23 jaar. Voor leerlingen die toch uitvallen, zijn er individuele trajecten om ze terug te leiden naar het onderwijs of op een alternatieve manier naar de arbeidsmarkt.

De noodzaak om de ontwikkeling van bepaalde groepen kinderen te stimuleren, leidt ons naar een ander dominant uitgangspunt voor beleid, het voorkomen van achterstanden. Achterstand voorkomen, speelt al heel lang een belangrijke rol in het overheidsbeleid, maar kreeg nieuwe impulsen in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw. De vrees voor een tweedeling, voor het achterblijven van mensen, de mede daaruit voortvloeiende keuze voor criminaliteit en voor maatschappelijke ontwrichting noopten tot een hernieuwde inzet om achterstand te bestrijden, in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Ook in deze inzet is de voorschoolse periode nadrukkelijk aanwezig, omdat kinderen in die periode achterstanden oplopen die ze later niet of nauwelijks kunnen inhalen, zo is een door velen gedeelde veronderstelling.

Van belang voor kwetsbare jongeren is verder het onderwijsbeleid dat erop is gericht om leerlingen zoveel mogelijk in het reguliere onderwijs op te vangen en de uitstroom naar het speciale onderwijs te voorkomen. Dit beleid komt deels voort uit nobele doelen als maatschappelijke integratie, deels uit bezuinigingsoverwegingen. ‘Weer samen naar school’ is wat de nobele doelstellingen betreft een vorm van vermaatschappelijking van de zorg voor kwetsbare mensen. Voor leerlingen met zwaardere sociaal-emotionele en gedragsproblemen moet de samenwerking tussen onderwijs en jeugdzorg worden geïntensiveerd. Een landelijk expertisecentrum moet deze samenwerking ondersteunen en bevorderen. Verder is veel beleid gericht op de bestuurlijke organisatie van het jeugdbeleid en de uitvoering daarvan: afstemming en samenwerking tussen overheden en voorzieningen zijn belangrijke items geworden in het overheidsbeleid. De netwerken van instellingen die tot stand moeten komen, zijn een belangrijke pion om de sluitende aanpak te realiseren.

Het Bureau Jeugdzorg is één van de iconen van de samenwerking tussen instellingen. Dat bureau moet een centraal punt van aanmelding en doorverwijzing worden, naar instellingen op het terrein van jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (zie ook Van Lieshout 2000). Een ander, veel breder voorbeeld van netwerkvorming, is de brede school. Scholen werken in dit concept, dat onder verschillende namen figureert in het lokale beleid, samen met tal van instellingen zoals gezondheidszorg, welzijnswerk en politie. De brede school kan verschillende doelen dienen, van het voorkomen van voortijdig schoolverlaten tot het vergroten van de veiligheid in de wijk. De gemeenten hebben en nemen de ruimte om een eigen invulling te geven aan het concept van een netwerkschool.

#### *4.4 Voorzieningen*

“De tijd dat een hulpverlener in de jeugdzorg met een krabbeltje de voortgang van de hulp aan een cliënt kon vastleggen en met één telefoontje een plaatsing kon regelen is voorbij. Formele procedures, standaardformulieren en protocollen maken de hulpverlening weliswaar inzichtelijker, maar het bijhouden van gegevens kost veel tijd” (Van Rooijen 2000).

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) telde in 1999 429 documenten die bedoeld zijn om de kwaliteit van de jeugdzorg te waarborgen: beleidsnota's, handboeken, folders en allerlei protocollen moeten de managers en de hulpverleners in het juiste spoor houden (Van Rooijen 2000). De procedures en de protocollen zijn niet alleen bedoeld om de kwaliteit van de inhoud en van de organisatie te verhogen, maar ook om processen inzichtelijk te maken. Die inzichtelijkheid dient behalve de naaste collega's ook de partners in een netwerk, de cliënten van de organisaties en de financiers. Deze ontwikkeling speelt zich in meer of mindere mate af in de gehele jeugdzorg: bij de voogdij-instellingen, bij de sociaal-pedagogische diensten, in de geestelijke gezondheidszorg, in de jeugdbescherming, in de pleegzorg en in residentiële instellingen. Twee andere begrippen die het aanzicht van de jeugdzorg moeten veranderen, zijn maatwerk en vraaggerichtheid. De instellingen moeten de omslag maken van een aanbodorientatie, waarbij de cliënten zich voegen naar de diensten van de instelling, naar een gerichtheid op de vraag van de cliënten. Die vraag moet zo specifiek mogelijk tegemoet worden gekomen, hetgeen een gedifferentieerd aanbod van diensten zal opleveren.

Verder bestaat het streven naar integrale zorg. Kwetsbare mensen hebben meestal te maken met opeengestapelde problemen die onderling nauw met elkaar zijn verbonden. Dat vraagt om een aanpak op meer 'fronten'. Gezien de specialisatie in de jeugdzorg betekent het streven naar integraliteit dat instellingen moeten samenwerken. Mede daardoor vormen de instellingen netwerken met elkaar, zoals in de Bureaus Jeugdzorg.

Uiteraard heeft ook de sluitende aanpak gevolgen voor de voorzieningen, net als de nadruk op preventie. Samen met algemene voorzieningen als de scholen probeert de jeugdzorg problemen al zo vroeg mogelijk op te sporen en aan te pakken, bijvoorbeeld door in zorgteams te participeren die actief zijn op scholen. Daarnaast zijn in verschillende steden outreachende vormen van zorg en hulpverlening opgezet, in de vorm van speciale teams die eropuit trekken om jongeren in zeer moeilijke omstandigheden te ondersteunen.

## 4.5 *Knelpunten*

### *Specialisatie/versnippering*

De moderne verzorgingsstaat, ingericht volgens rationeel-bureaucratische principes, heeft er mede toe geleid dat bijna voor elk probleem een specifieke voorziening of een specialist in het leven is geroepen. Een andere motor achter deze arbeidsdeling is de enorme vergroting van kennis omtrent allerlei problemen, en de therapieën daarvoor. Het gevolg is dat ook jongeren met hun problemen langs tal van deuren en bureaus worden geleid. Daarmee is een belangrijk knelpunt van jeugdvoorzieningenland aangeduid, namelijk de versnippering van voorzieningen. Die versnippering speelt door heel het proces van hulpverlening aan jongeren, bij de entree, bij de verdere behandeling of ondersteuning en bij het beëindigen van (een fase in) de ondersteuning.



### *Onoverzichtelijkheid*

Versnippering bij de entree creëert onoverzichtelijkheid, en daarmee vaak ontoegankelijkheid van het stelsel in zijn geheel. De totstandkoming van de Bureaus Jeugdzorg komt voor een deel tegemoet aan de onoverzichtelijkheid. Verschillende voorzieningen krijgen nu een gemeenschappelijke entree. Daarmee is de versnippering nog niet teniet gedaan, want niet alle voorzieningen zitten achter het gemeenschappelijke loket. Een voorbeeld daarvan zijn justitiële voorzieningen. Sommige licht verstandelijk gehandicapten, namelijk degenen die crimineel gedrag vertonen, zijn in beeld bij justitie. Omdat een link ontbreekt tussen justitie en jeugdzorg verloopt de aansluiting vaak niet vlekkeloos. Bovendien is het de vraag of de versnippering wordt tegengegaan die optreedt in de werkprocessen van de verschillende organisaties die wel achter het loket zitten. Er bestaan wel projecten waarmee wordt beoogd het werk achter het loket te coördineren.

### *Verdeelde aanpak*

In het proces van behandeling en ondersteuning treden vervolgens ook ‘versnipperingsknelpunten’ op. Dat komt niet alleen omdat er specifieke voorzieningen zijn, maar ook omdat al die voorzieningen tegenwoordig maatwerk willen leveren. De bedoeling van maatwerk is dat de cliënt een dienst op zijn of haar maat krijgt aangeboden. Maar de maat van cliënten blijkt vaak niet te passen in één voorziening, zodat mensen steeds moeten worden doorverwezen naar een passende voorziening. Daar komt nog bij dat kwetsbare jongeren vaak meer dan één probleem hebben. Soms sluit een bepaald probleem de behandeling van een ander uit, zoals bij verslaving. Verder zijn er contra-indicaties als gebrek aan motivatie en geen uitzicht op verbetering, waarvan vooral jongeren uit multi-probleemgezinnen het slachtoffer worden.

Veel kwetsbare jongeren zijn op verschillende instanties aangewezen, omdat ze voor hun verschillende problemen een soort integrale zorg nodig hebben. Dat betekent ook dat zij te maken krijgen met verschillende procedures om ingeschreven, uitgeschreven en doorverwezen te worden. Jongeren worden op die manier gedwongen om bij de verschillende intakes hun moeilijke verhaal te vertellen. Dat roept een barrière op die kan inhouden dat zij geen gebruik maken van de benodigde voorzieningen. Soms blijkt ook dat het door de vele intakes en evaluatiemomenten nauwelijks komt van daadwerkelijke hulpverlening.

### *Gebrek aan afstemming*

Onvoldoende afstemming tussen voorzieningen ontstaat ook omdat veel instellingen vooral op zichzelf zijn gericht. Dat heeft dan weer te maken met de nadruk die in sturing en verantwoording ligt op output en resultaat. Instellingen willen mede als gevolg daarvan graag problemen zelf oplossen om op die manier resultaat te kunnen scoren. Een van de respondenten stelde dat de ketenbenadering niet echt in de hoofden van hulpverleners zit. Volgens hem is de idee van een keten in de kern erg eenvoudig: een cliënt komt ergens vandaan en gaat ergens heen. Maar instellingen lijken te weinig bewust te zijn van

de verbindingen die er in het leven van de cliënt liggen, onder meer met andere instellingen. Waarschijnlijk fixeren de instellingen zich te veel op hun rol en op het aanbod dat ze zelf doen. Dat maakt dan dat de overgang tussen instellingen slecht is geregeld. Een ander hieraan gerelateerd knelpunt is het fenomeen van de wachtlijsten. Voor sommige voorzieningen en diensten bestaan lange wachtlijsten waardoor een hulpverlener in feite niet kan doorverwijzen. Dat geldt soms voor praktische zaken als een woning en een opleiding, voorzieningen die een grote stap voorwaarts kunnen zijn in het leven van zwerfjongeren.

De versnippering manifesteert zich ook op het niveau van de relatie tussen jongere en hulpverleners. Veel jongeren hebben te maken met een groot aantal hulpverleners. Daardoor is het moeilijk een vertrouwensrelatie op te bouwen. Het ontbreken van een vertrouwensrelatie is een van de redenen waarom het vaak misgaat in de hulpverlening. Niet zelden is de onwilligheid van jongeren om mee te werken, te wijten aan het gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening, en overigens ook aan het gebrek aan vertrouwen dat de hulpverlening naar jongeren uitstraalt. Een vertrouwensrelatie vergroot de kans dat hulpverleners emotionele steun en betrokkenheid kunnen geven; aan dat laatste ontbreekt het nog wel eens volgens geïnterviewde zwerfjongeren.

### *Drempels*

De versnipperingsproblemen veronderstellen dat mensen werkelijk zijn binnengeraakt in het stelsel van voorzieningen. Het blijkt echter ook dat een deel van de kwetsbare populatie de ‘aanvangshoogte’ van de voorzieningen niet weet te nemen. De entree tot voorzieningen is in het bijzonder voor allochtonen vaak voorzien van hoge drempels. Ze kennen de taal en cultuur niet of niet goed genoeg om er gebruik van te maken. Maar er ontbreken vaak ook goede, toegesneden methodieken om allochtonen te ondersteunen.

Aan de andere kant, als het hulpverleningsproces is beëindigd, zijn de drempels soms weer erg laag. Sommige jongeren vinden dat de hulpverlening te snel wordt afgebroken. In zo'n geval heeft de cliënt de hulpverlener maar te volgen, in plaats van andersom.

### *Geen motivatie*

Een andere hindernis is het gebrek aan motivatie om van hulp gebruik te maken. Nu is spreken over ‘gebrek aan motivatie’ voor een deel getekend door de hulpverlenersblik. Maar er zijn kinderen en jongeren die hulp nodig hebben, maar die zelf of wier ouders niet gemotiveerd zijn om daarvoor de ondersteuning van voorzieningen in te roepen. Een voorbeeld daarvan zijn gezinnen met licht verstandelijk gehandicapte ouders. Zeker als het om psychosociale hulp gaat, geven deze ouders vaak niet thuis.

Het gebrek aan motivatie kan voor een deel liggen aan het feit dat ouders onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden die instellingen bieden. Verder blijkt in sommige gevallen, onder meer bij opvoedingsondersteuning, dat het aanbod van de instellingen niet aansluit op de vragen van ouders.

Ook kunnen ouders in een eerder stadium slechte ervaringen hebben opgedaan met instellingen. Hetzelfde geldt uiteraard ook voor de jongeren zelf. Het gebrek aan motivatie bouwen sommige jongeren op omdat aan hun vragen niet tegemoet wordt gekomen. Veel zwerfjongeren willen bijvoorbeeld meer steun bij praktische zaken als wonen, inkomen en opleiding, maar ontberen die steun nu vaak.

#### *Gebrekkige signalering*

Een volgend knelpunt is dat signalen van problemen niet of laat worden afgegeven aan hulpverleningsinstellingen. Andere hulpverleners met wie de jongeren te maken hebben gekregen of huisartsen wachten vaak lang met het doorgeven van signalen. Een van de redenen waarom die hulpverleners wachten met doorgeven, is de autonomie van de cliënten. Daarmee raken we aan een fundamenteel uitgangspunt van onze maatschappelijke ordening, het uitgangspunt dat mensen autonoom en zelfredzaam zijn, bijna totdat het tegendeel is bewezen. Ook in de jeugdzorg staat het zelfoplossend vermogen van jongeren voorop. Dat leidt ertoe dat de jongere zelf instemming moet verlenen aan bepaalde stappen. Met dit uitgangspunt kan het twee kanten uit. Aan de ene kant kan het bijdragen aan de 'empowerment' van jongeren en het kan ertoe leiden dat ze verantwoordelijkheid nemen voor hun leven. Voor sommige jongeren is dat goed, omdat ze ontkennen dat ze verantwoordelijk zijn voor hun daden. Aan de andere kant kan de nadruk op zelfredzaamheid ertoe leiden dat jongeren blijven bungelen, waarbij de hulpverleners schijnbaar machteloos toekijken.

### *4.6 Oplossingsrichtingen*

#### *Intensieve begeleiding*

Intensieve begeleiding is de oplossingsstrategie die momenteel allerwegen opgeld doet. Vooral begeleiding op één-op-één-basis kan jongeren vertrouwen geven, een basis om zich zelf te kunnen (leren) redden. Binding, vertrouwen en stabiliteit zijn cruciaal in het contact tussen hulpverlener en cliënt. Als hulpverleners deze intensieve begeleiding willen gaan geven, zal de caseload per hulpverlener ongeveer drie à vier moeten zijn. Behalve bij intensieve begeleiders zijn jongeren ook gebaat bij vaste aanspreekpunten en contactpersonen bij de instellingen met wie ze te maken hebben. Dat geldt voor hulpverleningsinstellingen, maar ook voor instituties als de politie en de sociale dienst.

#### *Dialooggestuurd werken*

De intensieve begeleiders moeten ook ruimte krijgen om hun activiteiten in te vullen. Jongeren zouden namelijk geholpen zijn als ze samen met hun persoonlijke begeleider de regels afspreken volgens welke ze gaan werken. De Winter en Noom noemen dat een dialooggestuurde werkwijze. Niet langer staat het aanbod centraal, noch de vraag. De werkwijze en het aanbod stellen de jongere en haar of zijn begeleider vast in een dialoog. Dat vraagt dus om flexibiliteit van de instelling. Het 'commitment' en de verantwoordelijkheid van begeleider en jongere worden

op deze manier vergroot, hetgeen de kansen op succes eveneens groter maakt. De vraag is dan welke organisatorische maatregelen moeten worden getroffen om deze vormen van één-op-één-contact te realiseren. Het advies *Aansprekend burgerschap* (RMO 2000) geeft de hoofdlijnen van zo'n type organisatie. Het is waarschijnlijk niet nodig om alle activiteiten van voorzieningen op deze leest te schoeien. Voor een deel van de doelgroep werkt het reguliere aanbod immers wel. Kunnen er dan in een organisatie eilanden worden gecreëerd waar dit soort intensieve activiteiten worden ontplooid? Hoe kan de organisatie worden afgestemd op deze eilanden?

#### *Samenwerking in de frontlinie*

Wat helpt tegen versnippering van voorzieningen en het gebrek aan afstemming tussen die voorzieningen? De respondenten zijn het erover eens dat samenwerking niet moet resulteren in logge, bureaucratische apparaten die met behulp van dikke procedure-afspraken te werk gaan. Samenwerking kan ook blijven steken op bestuurlijk niveau, waar in convenanten mooie principe-uitspraken worden vastgelegd. Samenwerking op de werkvloer van de 'streetlevelbureaucrats' legt pas werkelijk gewicht in de schaal. Vaak zie je overigens dat vooral het middenmanagement samenwerking belemmert. Middenmanagers dienen dan ook te betrokken worden als samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

#### *'Makelaardij' en despecialisering*

Andere mogelijkheden om de versnippering te bestrijden, zijn makelaardij en despecialisering. In het eerste geval krijgen jongeren een bemiddelaar toegewezen die hen helpt op hun weg door de instituties. Het Jongeren Interventie Team in Haarlem vervult een dergelijke rol. Deze jongerenwerkers lichten onder meer de medewerkers van de sociale dienst in welke cliënten ze kunnen verwachten. Een deel van het voorwerk is dan al gedaan, zodat jongeren niet hun hele verhaal zelf hoeven te vertellen. In het tweede geval despecialiseren voorzieningen en/of de medewerkers en richten zich dus op een bredere range van problemen. Dan nog kan het nodig zijn om voor zeer specifieke problemen anderen in te schakelen, maar de overzichtelijkheid neemt toe. Despecialisering van medewerkers maakt ook intensieve begeleiding beter mogelijk en kan de vertrouwensband versterken.

#### *Financiële incentive*

Instellingen en medewerkers moeten een incentive krijgen als ze werken met moeilijke doelgroepen. Het werk op straat heeft nu weinig status. Instellingen zijn er vaak op gericht de output te vergroten, wat ten koste gaat van de cliënten die niet tot de output gerekend kunnen worden. De vraag is dus of er voor de moeilijke groep kwetsbare jongeren andere vormen van financiering mogelijk zijn dan outputfinanciering. Is er in de financieringsstructuur een 'enclave' mogelijk waarop de normale regels niet van toepassing zijn?

## 5 Langdurig arbeidsinactieven

### 5.1 Aard van de problematiek

Bij wat wij korthedshalve de fase-4-cliënten noemen, wordt de kwetsbaarheid belicht vanuit het perspectief van het niet-deelnemen aan het arbeidsproces. Het niet-hebben van werk vormt in dit hoofdstuk het venster waarmee we naar de problematiek van deze groep kijken. Juist gezien het belang dat men vandaag de dag aan werk hecht, vormt dit venster een interessant perspectief op de kwetsbaarheid.

In het huidige tijdsgewricht moet de gewenste zelfredzaamheid van burgers voor een belangrijk deel tot uiting komen in het verrichten van arbeid waarmee zij zelfstandig in hun bestaan kunnen voorzien. Dit principe van de economische zelfstandigheid is sinds enkele jaren wettelijk vastgelegd. Diegenen die er niet in slagen om op eigen kracht betaald werk te vinden, bevinden zich op een zekere afstand tot de arbeidsmarkt. Dat komt tot uiting in de wijze waarop men werklozen categoriseert. De afstand tot de arbeidsmarkt wordt met behulp van de kansmeter uitgedrukt in vier fasen, waarmee men tegelijkertijd aangeeft hoe zelfredzaam de betrokkene is bij het vinden van werk. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) omschrijft de fasen in de *Notitie overzicht reïntegratie-inspanningen* als volgt:

- Fase 1: de betrokkene is direct bemiddelbaar. Er is geen toeleidingstraject nodig. De betrokkene kan wel gebruik maken van de basisdienstverlening van het arbeidsbureau, waaronder de informatie- en adviesfunctie, en bemiddeling naar vacatures;
- Fase 2. De werkzoekende wordt geacht met de inzet van gerichte arbeidstoeleidinginstrumenten, binnen een jaar geschikt te zijn voor de arbeidsmarkt;
- Fase 3. Voor deze personen is de afstand tot de arbeidsmarkt dusdanig groot, dat een traject van minimaal één jaar en maximaal twee jaar nodig is om de betrokkene bemiddelbaar te maken voor de arbeidsmarkt;
- Fase 4. Deze mensen zijn als gevolg van zware persoonlijke belemmeringen in eerste instantie aangewezen op een traject gericht op sociale activering, op zorg of hulpverlening. Pas op termijn is inzet van meer arbeidsmarktgerichte instrumenten mogelijk. (SZW 1999).

Naarmate men in een hoger genummerde fase zit, neemt de afstand tot de arbeidsmarkt toe en is men minder goed in staat om op eigen kracht werk te vinden. Zolang iemand in fase 1 zit, is er eigenlijk sprake van frictiewerkloosheid die van voorbijgaande aard is. Ook in de fasen 2 en 3 lijkt de afstand tussen werknemer en arbeidsmarkt toch veeleer het gevolg van een (tijdelijke) kwalitatieve of kwantitatieve ‘mismatch’ tussen werkzoekende en arbeidsmarkt. Pas in fase 4 vindt men een duidelijke verwijzing naar kwetsbaarheid: men spreekt over “zware persoonlijke belemmeringen”. De oorzaak van het probleem wordt op die manier zeer expliciet bij de werkloze gelegd.

Naast deze groep van fase-4-cliënten is er nog een andere groep die grote moeite heeft om toegang te krijgen tot de reguliere arbeidsmarkt. Het gaat daarbij om eenieder die door ziekte of gebrek verminderde kansen heeft op de arbeidsmarkt, de zogenoemde arbeidsgehandicapten. Dat zijn bijvoorbeeld personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering en werkzoekenden met een WSW-indicatie. Volgens de *Notitie overzicht reïntegratie-inspanningen* is de positie van arbeidsgehandicapten anders dan die van niet-arbeidsgehandicapten.

Momenteel is men bezig om een aangepaste kansmeter voor deze groep te ontwerpen. Het reïntegratie-instrumentarium voor deze groep is ondergebracht in de Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten (Wet REA). Voor diegenen die uitsluitend onder aangepaste omstandigheden kunnen werken, is er de Wet op de sociale werkvoorziening (WSW).

### *Aantallen*

Van het zogenoemde zittende bestand van werkzoekenden (diegenen die langer dan een jaar staan ingeschreven, de zogenoemde langdurig werklozen), zit vijftig procent in fase 4. Het gaat daarbij om ongeveer 175.000 mensen. Overigens zitten daar ook de mensen bij die tijdelijk een ontheffing hebben gekregen van de sollicitatieplicht, bijvoorbeeld omdat zij een kind jonger dan vijf jaar hebben.

Het totale aantal arbeidsgehandicapten is aanzienlijk, maar niet precies bekend omdat de definitie daarvan vaag is. Het gaat niet alleen om de bijna een miljoen mensen die een uitkering in het kader van de WAO, WAZ, of Wajong ontvangen, maar ook om diegenen die de afgelopen vijf jaar arbeidsongeschikt waren maar dat inmiddels niet meer zijn en nu in de bijstand zitten. In die gevallen vallen de status van arbeidsgehandicapte en fase-4-cliënt samen. In de interviews over de arbeidsgehandicapten is alleen gekeken naar de groep die aangewezen is op aangepaste arbeid via de Wet sociale werkvoorziening. De WAO-problematiek valt dus buiten het bestek van het onderzoek. Op dit moment bieden de sociale werkplaatsen werk aan omgerekend 85.000 fte's (SZW 2001). Daarnaast staan er rond de 9.000 mensen op de wachtlijst voor een plaats in de WSW.

De aandacht richt zich in dit hoofdstuk op beide groepen. Enerzijds diegenen die zijn ingedeeld in fase 4 en volgens deze indeling 'zware persoonlijke belemmeringen' ondervinden om aan de slag te gaan. Anderzijds die personen die alleen onder aangepaste omstandigheden kunnen werken. Er is vanzelfsprekend enige overlap tussen de verkommerden en verloederden en deze groep. Een deel van de verkommerden en verloederden ontvangt een (bijstands)uitkering en zal ofwel in fase 4 zitten ofwel arbeidsgehandicapt zijn. Maar de hier te bespreken groep langdurig inactieven is aanzienlijk groter en hun problematiek is gevarieerder.

Voor de hier onderzochte groep is het niet-hebben van (regulier) werk eigenlijk een gevolg van problemen die niet direct met arbeidsmarktqualificaties te maken hebben. Het gaat dus niet zozeer om het niet-hebben van opleiding of werkervaring, maar om andere zaken die het meedoen aan het arbeidsproces

verhinderen. Met andere woorden: voor deze burgers is het niet-hebben van werk eigenlijk wel een van de laatste zaken waar men zich op dit moment druk over maakt. Andere meer prangende zaken eisen de aandacht op. De problemen van de niet-werkenden beperken zich niet tot werkloosheid, maar betreffen ook andere domeinen: fysieke en/of psychische beperkingen, extreme schuldsituaties, dakloos/thuisloos, verslaafd, sociaal isolement. Net als bij de andere groepen vormt ook hier de cumulatie een belangrijk kenmerk van het probleem.

Het verlies van werk kan overigens wel de oorzaak zijn van een keten van onheil die zich langzaam over hun leven heeft uitgestrekt en die meer prangende problemen heeft veroorzaakt. Anderzijds kan het weer aan de slag gaan enorm bijdragen aan het verminderen van de kwetsbaarheid, aldus de gesprekspartner in Leiden. Werk verbetert de situatie van mensen vaak ook op meerdere fronten. De waardering en aandacht die ze via het werk krijgen, vergroot hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid, waardoor ook hun privé-situatie verbetert. Bij het project in Leiden werd benadrukt dat het vooropstellen van dit positieve effect van werk voor mensen een belangrijke succesfactor was.

Een ander punt is de diversiteit van de populatie langdurig werklozen. De fase-4-cliënten zijn absoluut niet over een kam te scheren. Een succesvolle aanpak van hun problemen vereist dat men oog heeft voor de verschillende 'types' die zich achter dit label bevinden. Zo deelde Roebroek de deelnemers aan zijn socialeactiveringsexperiment in Utrecht in vijf groepen gelijkgestemden in: mannen ouder dan 40, bijstandsmoeders, Marokkaanse mannen, personen met eigen initiatieven, en personen werkzaam binnen alternatieve projecten (Roebroek 2000). Het onderzoek onder 2.400 bijstandjongeren in Amsterdam geeft eenzelfde gedifferentieerd beeld.

## 5.2 De samenleving en langdurig arbeidsinactieven

Trommel en Van der Veen (1999) geven in hun artikel *Van beschermend naar activerend arbeidsmarktbeleid* een goed overzicht van de verschuivingen in de wijze waarop men werklozen tegemoet treedt. In de jaren vijftig en zestig was sprake van dwang terwijl in de daarop volgende jaren zeventig en tachtig de vrijheid en blijheid hoogtij vierde en dwang taboe was. In de jaren negentig en de jaren tien is er sprake van wat zij dwang nieuwe stijl noemen. Er heeft een individualisering en economisering van het mens- en organisatiebeeld plaatsgevonden. De werknemer wordt niet meer gezien als een te beschermen object, maar als een handelend subject met rechten en plichten, die in een contract worden vastgelegd. Men probeert actoren via marktwerking en financiële prikkels tot gewenst gedrag te brengen. De dwang wordt "gemobiliseerd via de tucht van het marktmechanisme" (p.108).

De mentaliteit rond werklozen en uitkeringen is zodoende enorm veranderd. Werkloosheid wordt niet meer zo maar geaccepteerd en werklozen worden niet

meer gewoon met rust gelaten. In de filosofie van de uitvoering van de sociale zekerheid heeft men nu expliciet gekozen voor werk boven inkomen, desnoods additioneel werk of aangepast werk - werk waarnaar op de reguliere arbeidsmarkt geen vraag is.

Van een beleid van aanbodbeperking is men langzamerhand omgeschakeld naar een beleid gericht op de vergroting van het arbeidsaanbod. Zo probeert men het schreeuwende tekort op de reguliere arbeidsmarkt op te heffen door de recentelijk vrijgestelden weer te mobiliseren. Het voorstel voor de herinvoering van de sollicitatieplicht van mensen ouder dan 57 jaar, is hiervan een voorbeeld. Maar het treft ook de groep die we hier in het vizier hebben. Zo moeten WSW-bedrijven zich sinds 1 januari 1998 ook richten op mensen met een arbeidzaam vermogen van tien tot dertig procent. Het beleid van de vergroting van het arbeidsaanbod wordt wel in de wielen gereden door de stijging van het aantal arbeidsongeschikten tot inmiddels bijna één miljoen. Kennelijk kunnen steeds minder mensen voldoen aan de eisen die het reguliere arbeidsproces aan hen stelt. Is het aantal kwetsbare mensen gestegen of zijn de eisen gestegen die aan de productiviteit van de werknemer worden gesteld?

### *5.3 Overheidsinterventies*

Zoals gezegd worden de interventies ingezet vanuit het motto 'werk boven inkomen'. Dat leidt ertoe dat men alles op alles zet om niet-werkende burgers aan de slag te krijgen. Voor de mensen die het niet redden op de reguliere arbeidsmarkt, is er de gesubsidieerde en de aangepaste arbeid (zie de bijlage voor de cijfers). Voor diegenen die nog niet aan arbeid toe zijn, is er sociale activering. Alles moet erop gericht zijn om aan de slag te zijn. Niet toevallig is een van de twee motto's van de Leidse sluitende aanpak 'niemand aan de kant'.

Wat opvalt is dat een grote meerderheid van de benaderde cliënten blij lijkt te zijn met de warme belangstelling die de sociale dienst voor hun situatie heeft en met de voorstellen die worden gedaan voor herscholing en dergelijke. In Leiden boekte men groot succes met de directe en persoonlijke benadering van cliënten. Zij vonden dat een verademing vergeleken met de anonieme, onleesbare oproepen die ze tot dan toe van de sociale dienst kregen. Ook Thakoerdin van de sociale dienst Amsterdam Zuidoost meent dat een ruime meerderheid positief meewerkt aan herscholing en cursussen. Volgens hem saboteert slechts tien tot vijftien procent de boel bewust.

### *5.4 Voorzieningen*

Door de economisering van het wereldbeeld is het werk er voor de hulpverleners niet makkelijker op geworden. Zij worden geacht om de kwetsbare mensen ook te zien als 'calculerende cliënten' die dus niet alleen geholpen moeten worden, maar ook gecontroleerd en eventueel gestraft bij het niet-nakomen van



afspraken. Veel medewerkers die ooit vanuit een rol als maatschappelijk werker begonnen zijn, hebben moeite met het 'controle en sanctie'-perspectief en met combineren van controleren en hulp verlenen, zo blijkt uit de interviews. De nieuwe generatie medewerkers van sociale diensten hanteren veel meer dan hun voorgangers het controleperspectief. Ook dat kan een empathische aanpak in de weg staan. De spanning tussen hulpverlening en controleren komt ook tot uiting in de wetgeving. De fase-4-cliënten zijn zowel onderworpen aan de ABW of WIW (waarin het hulpverleningsperspectief centraal staat) als aan de Wet boeten en maatregelen (waarin het fraudeperspectief centraal staat).

## 5.5 Knelpunten

### *Caseload en wantrouwen*

Ook bij de gesprekspartners van dit 'venster' werd veel gezegd over het belang van het contact tussen hulpverlener en cliënt. Volgens Roebroek is er veel frustratie over de manier waarop cliënten benaderd worden door consultants van de sociale dienst; contacten zijn een soort kleine oorlogjes. Gebrek aan tijd en de verplichte formaliteiten maken een echt gesprek en het ontstaan van vertrouwen bijna onmogelijk. Roebroek koppelt dit aan het output-denken van consultants dat te sterk gefocust is op de aantallen cliënten die men spreekt, en niet op de kwaliteit van die gesprekken. De sociale dienst in Amsterdam-Zuidoost kent een caseload van 200 à 230 terwijl dat er eigenlijk maar 120 en idealiter 70 à 80 zouden moeten zijn. In een onderzoek naar langdurig werkloze jongeren in Amsterdam (het 2.400-project) wordt ook gepleit voor een intensievere begeleiding van de zwaarste gevallen (Maatwerk 2000).

Een probleem wat het bereik betreft van voorzieningen is de anonimiteit van de kaartenbak. Niemand heeft zicht op de situatie van de mensen in de kaartenbak. Roebroek stelt dat de ABW in de praktijk heeft geleid tot anonimisering en bevoogding. Het belang van het in het oog houden van mensen wordt sterk benadrukt. Ook de sociale dienst geeft aan dat de grote bulk cliënten, die al een tijd in het bestand zit, een probleem is.

### *Verantwoordingsplicht*

De geïnterviewden van Start Kans klaagden over de administratieve last van de verplichte formaliteiten. Elk jaar moet bij de financiers een vervolgaanvraag gedaan worden, de uren moeten verantwoord worden en voor mensen die een tijd geen begeleiding hebben gehad, maar weer opnieuw ondersteuning nodig hebben, moet de hele aanvraagprocedure weer opnieuw doorlopen worden. Ook hier wordt weer het negatieve effect van de nadruk op resultaten genoemd. Het middenmanagement wordt op de resultaten afgerekend, wat een werk-werk-werk-mentaliteit in de hand werkt. Start Kans maakt zich zorgen over het commerciële denken van de overheid, met name waar het gaat om het inkopen van arbeidsbegeleiding. Als de overheid te veel op de kosten gaat letten, bestaat het gevaar dat de kwaliteit in het geding komt, omdat voor te goedkope

trajecten gekozen wordt die voor kwetsbare mensen geen soelaas bieden, aldus de mensen van Start Kans.

### *Afroming*

De grote nadruk op productiviteit heeft nadelige gevolgen voor de groepen die het minst goed mee kunnen. Trommel en Van der Veen wijzen erop dat werkgevers strenger aan de poort selecteren, omdat zij direct financieel de consequenties dragen van ziekteverzuim. Dat vergroot dus de uitstoot van burgers met een 'vlekje' (zie het stijgende aantal arbeidsongeschikten). De afroombroblematiek heeft inmiddels ook al de sociale werkplaats bereikt. Want diegenen met een lichte handicap - die dus uit het reguliere arbeidsproces werden verstoten omdat ze te duur waren wegens hun bovengemiddeld ziekteverzuim - bezeten nu de plaatsen in de sociale werkplaats. Dat komt de sociale werkplaatsen goed uit, want die moeten sinds 1998 zichzelf bedruipen en hebben daardoor een voorkeur voor de meest productieve werknemers. De zwaardere gehandicapten worden daardoor de zorginstelling ingeduwde en tot nietsdoen veroordeeld, terwijl ze meer kunnen en willen (Trouw 2000).

### *Verkokering*

Net als in de twee andere onderzochte sectoren is ook hier de verschotting en het gebrek aan samenwerking en communicatie een belangrijk probleem. De gesprekspartners van het project in Leiden geven aan dat voor elk probleem een nieuwe vorm gecreëerd lijkt te worden, ook door de rijksoverheid. Ook vereisen de regels van de vele verschillende instanties veel creativiteit. Daarom hebben ze in Leiden wel gepleit voor regelvrije zones. De sociale dienst Amsterdam Zuidoost klaagt over het gebrekkig functioneren van de o zo belangrijke schuldhulpverlening. Bovendien is de capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk onvoldoende om bijstandsccliënten met problemen snel te kunnen helpen, terwijl alleen op die manier de weg naar het werk weer gevonden wordt.

Uit het dossieronderzoek onder de 2.400 jongeren die van de bijstand afhankelijk zijn, bleek dat vijf procent geen aanwijsbare beperkingen of belemmeringen heeft, maar niettemin in de bijstand zit. De verkokering lijkt hier debet aan: "De mogelijkheid om zich te onttrekken aan trajecten lijkt sterk in de hand te worden gewerkt door de regionale opdeling van vrijwel alle betrokken partijen in het Amsterdamse. Er zijn jongeren die dit weten en hier ook dankbaar gebruik van maken. Als een traject niet goed bevalt of te dwingend wordt, is een (papieren) verhuizing een simpele manier om er onderuit te komen: mobiliteit dus als wapen om de dans te ontspringen" (Maatwerk 2000: 12). Overigens moet men zich afvragen of vijf procent zo'n slechte score is.

## *5.6 Oplossingsrichtingen*

### *Maatwerk*

Het WSW-bedrijf benadrukt het belang van het langdurig volgen van cliënten.

Ze werken met Intensieve Traject Begeleiding door een consultant. Bij aanvang van een dienstverband draagt de consultant de begeleiding over aan de leidinggevende op de werkplek. De consultant blijft de cliënt nog twee jaar op afstand volgen. Zo worden mensen niet uit het oog verloren. De jobcoaches hebben een vergelijkbare functie; deze zouden voor meerdere groepen ingezet kunnen worden. Het persoonsgebundene van het contact tussen jobcoach en cliënt kan verminderd worden door een 'schaduwjobcoach' in te stellen, een vaste vervanger.

Roebroek benadrukt het belang van een methodiek die uitgaat van de wensen en kwaliteiten van mensen. Een generieke aanpak is volgens hem uit den boze, vanwege de al eerder genoemde enorme diversiteit van de problematiek van fase-4-clënten. Zowel het WSW-bedrijf als Roebroek stellen dat begeleiding maatwerk is. De problemen van de fase-4-clënten zijn zo divers, dat generiek beleid onmogelijk is. Alleen met maatwerk kan er breder gekeken worden dan alleen het werk. Ook is er een ander soort arbeid nodig, omdat veel mensen niet in reguliere arbeidstijden kunnen werken.

Start Kans pleit voor het 'slapend' in het bestand kunnen houden van mensen die in principe geen begeleiding meer nodig hebben. Op het moment dat ze weer wel ondersteuning nodig hebben, kan die snel en zonder al te veel administratieve rompslomp gegeven worden.

#### *Integraliteit*

Omdat het gaat om mensen met meervoudige problematiek is een integrale aanpak cruciaal volgens Roebroek. Dit wordt bevestigd door het WSW-bedrijf; dit bedrijf schenkt ook aandacht aan problemen in de privé-situatie van cliënten. Bij het project in Leiden werd het belang van goede afspraken tussen sociale dienst en maatschappelijk werk en RIAGG benadrukt, om mensen in het bestand van de sociale dienst die zorg nodig hebben deze meteen te kunnen bieden.

De gesprekspartners van het project sluitende aanpak in Leiden noemen twee mogelijke oplossingen om de versnippering in de hulpverlening tegen te gaan: het inzetten van jobcoaches voor het contact met de cliënt en het creëren van grotere organisaties die onder één dak verschillende vormen van hulp kunnen aanbieden.

#### *Doelgroep actief benaderen*

De fase-4-clënten zijn in de meeste gevallen bij uitkeringsinstanties bekend, in ieder geval van naam. Het is van belang de situatie van de cliënten uitgebreider in kaart te brengen, zodat een passend aanbod gedaan kan worden. Roebroek heeft de deelnemers aan integratietrajecten bijvoorbeeld bereikt via wijkorganisaties, vrouwenorganisaties en informele netwerken. Bij het project in Leiden werden gegevens van sociale dienst en arbeidsvoorziening gebundeld en werden gesprekken in de wijk gehouden. Cruciaal was daarbij ook dat iedereen na het

gesprek met een traject naar huis ging; altijd een vervolg. Ook de sociale dienst in Amsterdam Zuidoost heeft goede ervaringen met het benaderen van cliënten via organisaties in de wijk.

Om een aanbod op maat te kunnen doen en methodiekontwikkeling te stimuleren, zou er meer experimenteeruimte moeten komen voor lokale bestuurders, zowel qua financiën als qua regelgeving. De politiek zou zich meer met de organisatie en minder met de beleidsinhoud bezig moeten houden.

#### *Focus op motivatie*

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft in een recente studie naar de rol van de overheid bij de reïntegratie van werklozen onderzocht welke factoren de kansen op het vinden van werk beïnvloeden. Verrassend genoeg blijkt dat kansvergroten instrumenten zoals beroepskeuzetesten, sollicitatietraining, scholing en een werkervaringsplaats nauwelijks en vaak geen invloed hebben op de kans dat iemand weer aan de slag kan. (CPB 2000: 62-66). Wat daarentegen veel belangrijker is, is de motivatie van werkzoekenden. Deze heeft niet alleen een direct maar ook een indirect effect op de kans op werkhervatting: de gemotiveerden hebben meer baat bij de kansvergroten instrumenten. Uit het onderzoek is de voorzichtige aanbeveling te destilleren dat men bij de activering van de fase-4-clënten veel meer aandacht moet besteden aan het opsporen en vergroten van de motivatie van cliënten. Het heeft weinig zin om ongemotiveerden vol te proppen met sollicitatietrainingen en oriëntatiecursussen. De vraag is dan vervolgens hoe we de motivatie vergroten. Het CPB heeft daar een uitgesproken mening over. “Tegelijk met het verzekeren van aanbod van ‘kansvergroten’ instrumenten is een versterking van het bestaande sanctiebeleid nodig om werklozen te motiveren. De empirische analyse geeft aan dat de motivatie van werklozen hun werkhervattingskans sterk beïnvloedt. Verschillende studies wijzen uit dat een actief sanctie-beleid een sterk motivatieverhogend effect heeft.” Dat is natuurlijk een zeer beperkte uitleg van het begrip motivatie. De aanbeveling van het CPB is typerend voor het economische mensbeeld dat in het beleid domineert. Het is een voorbeeld van de door Van der Veen en Trommel gesignaleerde dwang via het marktmechanisme. Er moeten toch ook benaderingen zijn waarin men daadwerkelijk mensen weet te motiveren?

Bijlage Bezetting gesubsidieerde arbeid en uitstroom naar arbeid, 1999

	WIW-dienst- betrekkingen	ID-banen (alleen via gemeenten)	WSW
Gemiddelde bezetting (in fte)	38.600	26.900	84.600 <sup>1</sup>
Uitstroom (in % gemiddelde bezetting)	49	17	5
Aandeel uitstroom naar reguliere, niet-gesub- sidieerde arbeid (in % totale uitstroom)	43 <sup>2</sup>	31	13
Uitstroom naar reguliere, niet-gesubsidieerde arbeid (in % gemiddelde bezetting)	21 <sup>2</sup>	5	0,6

<sup>1</sup> In standardeenheden: dit is de eenheid die overeenkomt met een arbeidsplaats van 36 uur voor een werknemer die op grond van (her)indicatie is ingedeeld in de arbeidsgehandicapencategorie 'matig'.

<sup>2</sup> Uitstroom naar werk buiten de WIW.

Bron: Sociale Nota 2001

## Bijlage 3

### *Literatuur*

## Literatuur

- Baart, A. (1997), Zorg geven aan armen: de opgave naderbij te komen. In: Laeyendecker, L. et al. (1997), *Sociale overbodigheid*. Nijmegen: KSGV
- Baart, A. (2000), Zich afstemmen op de onafgestemden: hoe professionals marginalen kunnen bereiken. In: *Sociale interventie*, 2000 nr. 1: 4-21
- Basisberaad GGZ (1999), *Binnen bereik: Verslag van een inspraakronde over de regiovisie onder dak- en thuislozen in Rotterdam*. Rotterdam: Basisberaad GGZ
- Bauman, Z. (2000), Ben ik mijn broeders hoeder? In: *Tijdschrift voor de sociale sector*, 2000, nr. 10: 28-33
- Berghmans, R.L.P. (1992), *Om bestwil: paternalisme in de psychiatrie*. Amsterdam: Thesis Publishers
- Berghmans, R.L.P. (1997), *Beter (z)onder dwang?* Achtergrondnota. Zoetermeer: RVZ
- BZK 1998a. Ministerie van Binnenlandse Zaken, *Kansen krijgen, kansen pakken: integratiebeleid 1999-2002*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken
- BZK 1998b. Ministerie van Binnenlandse Zaken, *Doorstartconvenant Grotestedenbeleid Rijk G21*. Bijlage bij: Tweede Kamer zitting 1998-1999. Grotestedenbeleid 21 062, nr. 74
- Commissie-Lemstra (1996), *Gemeentelijk gezondheidsbeleid: beter op zijn plaats*. Den Haag: Ministerie van VWS
- Commissie-Peper (1998), *Een sociaal en ongedeeld Nederland: Partners in stad en land*: Verslag van de Commissie Maatschappelijk Draagvlak versterking lokale sociale infrastructuur (Commissie-Peper). Rijswijk: Ministerie van VWS
- CPB 2000. Centraal Planbureau, *Arbeidsbemiddeling en reïntegratie van werklozen: Werkdocument 118*. Den Haag: CPB
- Diekstra, R. (1999), Een stad voor elkaar: Uitgangspunten van het sociaal beleid van de gemeente Rotterdam tot het jaar 2010. In: *Visie 2010, Rotterdam op koers*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam
- Dieleman, A.J. en van der Lans, J. (1999), *Heft in eigen handen: Zelfsturing en sociale betrokkenheid bij jongeren*. Assen: van Gorcum

Dworkin, G. (1983), Paternalism, some second thoughts. In: Dworkin, G. (1988), *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press

Dworkin, G. (1988), *The theory and practice of of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press

Feinberg, J. (1986), *Harm to self*. New York: Oxford University Press

Gezondheidsraad (1995), *Daklozen en thuislozen*. Den Haag: GZR

Gilsing, R. et al (2000). *Knelpunten in het stedelijk jeugdbeleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Ginneken, P. van (1993), *Een zodanig gevaar; het gevaarscriterium bij gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis*. Utrecht: NCGV

Haan, W.J.M. de et al (1999), *Jeugd & geweld. Een interdisciplinair perspectief*. Deel uit reeks Zicht op jeugd. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Heemskerk, J.A.R. et al (1999), *Vernieuwen & investeren. Innovatief jeugdbeleid en jeugdonderzoek*; deel uit reeks Zicht op jeugd. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Heydendaal, P.H.J.M. (2000), *Naar huis: Over territoria van mensen die niet in de pas lopen: Afscheidscollege op vrijdag 7 juli 2000 als bijzonder hoogleraar Maatschappelijke gehandicaptenzorgaan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit

Heijst, A. van (2000), Naar een nieuw begrip van professionele zorg. In: *Christen Democratische Verkenningen*, 2000 nr. 7/8/9: 93-98

Hortulanus, R. P. et al (1997), *Sociale integratie en segregatie in Amsterdam. Een onderzoek naar zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en sociale cohesie*. Utrecht: Universiteit Utrecht

Hortulanus, R. P., en Machielse, J. E. M. (red) (2000), *Wie is mijn naaste? Het sociaal debat deel 2*. Den Haag, Elsevier bedrijfsinformatie

Hulshof, B., 2000, T-team Arnhem. Dak- en thuisloze jongeren aan het stuur. In: *SPH*, 2000, nr. 35: 36-39

Hunsche, P. (2001), Verleiden tot vertrouwen. Zorgnetwerken in grote steden. In: *Psy*, 2001, nr. 1: 17-19



IGZ 1995. Inspectie Gezondheidszorg, *Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie*. Rijswijk: IGZ

Jonge, M. de (1999), Het bijzondere van het gewone en vice versa. In: Polstra, L., Bosma, H. en Jonge, M. de (1999), *Dubbel & dwars; samenwerking in de zorg voor dubbele diagnose cliënten*. Groningen: Stichting Ambulante Verslavingszorg Provincie Groningen

Laan, G. van der (1997), Dwang, drang en de plicht tot legitimatie. In: *Tijdschrift voor de sociale sector*, 1997, nr. 6: 25-29

Laan, G. van der (2000), Hulpverlening in de marge. In: *Sociale interventie*, 2000 nr. 1: 22-33

Langelaan, M. en Schoemaker, B. (2000), Minister Borst over vermaatschappelijking: "Het komt tussen de oren, merk ik". In: *Psy*, 2000 nr. 12 (9 nov): 11-15

Lieshout, M. van (2000), Stormloop door de stroop. Een kwart eeuw vernieuwing in de jeugdzorg. In: *0/25*, 2000, nr. 7: 10-15

Londen, J. van (2001), *Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie. Kan het boek van de sociale psychiatrie al worden gesloten en terzijde gelegd?* Utrecht: Trimbo Instituut

Maatwerk (2000), *Eindevaluatie 2400-project oktober 1998 - juni 2000*. Amsterdam: s.n.

Meeus, W.H.J. et al (1999), *Risicogedrag van adolescenten. Negen contra-intuïtieve stellingen*. Deel uit reeks Zicht op jeugd. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Muijen, A. (2001), Casemanager. Morrelen aan de grenzen van de privacy. In: *Psy*, 2001, nr. 1: 37-41.

NRV 1993. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Thuisloosheid en psychische stoornissen: Advies over een opvang- en asielfunctie voor dak- en thuislozen*. Zoetermeer: NRV

Oliver, M. (1994), *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan

Paas, R. (2000), Dwang geeft ruimte voor nodige zorg. In: *Trouw*, 11 november 2000: 25

Panhuis, P.J.A. van (1997), *De psychiatrische patient in de TBS: Van kwaad tot erger*. Deventer: Gouda Quint

Ploeg, J. v.d. en Ferwerda, H. (2000), De positie van jongeren in de toekomstige samenleving. In: *J\**, 2000, nr. 1, 3-10

RMO/RVZ (1999), *Dossier verslaving en verslavingszorg. Achtergrondstudies bij het advies Verslavingszorg herijkt*. Den Haag/ Zoetermeer: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/ Raad voor Volksgezondheid en Zorg

RMO (1997), *Uitsluitend vrijwillig?!*. Rijswijk: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

RMO (2000), *Aansprekend burgerschap*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Roebroek, J. (2000), *Samen leven en werken in de stad. Het Vertige-project. Twee jaar sociale activering in Utrecht*. Utrecht: s.n.

Rooijen, M. van (2000), Protocollen. In: *0/25*, 2000, nr. 7: 36-37

RVZ 1997. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer: RVZ

RVZ 1999. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Samenwerken aan openbare gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ

Schnabel, P. (2000), Vergroting van de maatschappelijke cohesie door versterking van de sociale infrastructuur. In: Hortulanus, R.P. en Machielse, J. E. M. (red)(2000), *In de marge: Het sociaal debat*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie.

Schout, G. (2000), Bemoezorg is redding verslaafde. In: *Trouw* 16 november 2000: 17

Schuyt, C.J.M. (1995), *Kwetsbare jongeren en hun toekomst; een beleidsadvies gebaseerd op een literatuurverklaring*. Rijswijk: Ministerie van VWS

*Staatsblad*, 2001, 18 januari, nr. 28

SZW 1999. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Notitie overzicht reïntegratie-inspanningen*. Den Haag: Ministerie van SZW

SZW 2001. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Sociale nota*. Den Haag: Ministerie van SZW

Tonkens, E. (2001), Van zelfontplooiing en democratisering naar diversiteit en vraaggerichtheid. In: *Tijdschrift voor de sociale sector*, 2001, nr.1: 4-10

Trommel, W. en Veen, R. van der (1999), Van beschermend naar activerend arbeidsmarktbeleid. In: Trommel, W. en Veen, R. van der (red)(1999), *De herverdeelde samenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press

Tronto, J.C. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York / Londen: Routledge.

Trouw 2000. Gemeenten ontlopen zorgplicht gehandicapten. In: *Trouw* 23 september 2000

Tweede Kamer zitting 1998-1999, nr. 26604: *Integraal veiligheidsprogramma*

Veen, R. van der (2000), De toekomst van de verzorgingsstaat: Reflexieve modernisering en de staat. In: Weehuizen, R. (red) (2000), *Toekomst@werk.nl: Reflecties op economie, technologie en arbeid*. Den Haag: STT

VWS 1999. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Convenant tot uitvoering van het beleid inzake openbare geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS

VWS 2000a. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Instellingsbesluit Taskforce vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS

VWS 2000b. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Rijksvisie op mensen in crisissituaties: Brief van Minister Borst aan de Tweede Kamer van 12 januari 2000*: DBO-CB-U-2022750. Den Haag, Ministerie van VWS

Welten, A. (2000), Professor Paul Heydendaal stopt na vijfendertig jaar onderzoek naar thuislozen. "Je moet ze lekker verwennen". In: *Zorg en Welzijn*, 2000, nr. 14: 4-5

Winter, M. de en Kroneman, M. (2000). *Eén keer luisteren helpt niet*. Peer-research door voortijdige schoolverlaters naar de begeleiding van voortijdige schoolverlaters in Utrecht. Utrecht: Stichting Jeugdinformatie Nederland

Wolf, J. en Kroon, H. (1998), *Longitudinaal onderzoek naar verkommerden en verloederden*. Utrecht: Trimbos Instituut



## Bijlage 4

*Geraadpleegde deskundigen*



## Geraadpleegde deskundigen

J. van Aken	Somma, Utrecht
I. van Alsem	VOG, Utrecht
E. Arps	Vliegende Hollander, Amsterdam
H. Beijers	Basisberaad GGZ Rotterdam
J. Berends	Maatschappelijke en Juridische Dienstverlening (AMW) Groningen
A.P.M. Bersee	Min. van VWS, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang, Den Haag
P. Bosman	Federatie van Ouderverenigingen, Utrecht
J. Botter	Min. van VWS, Directie Sociaal Beleid, Den Haag
E. Boxman	Nationale Nederlanden Den Haag
A. Brand	Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Gemeente Rotterdam
W. Colijn	Arbeidsvoorziening Rijnstreek, Alphen a/d Rijn
J.A.I. Coolen	NIZW, Utrecht
C. Cremer	Politie Korrewegwijk, Groningen
C.C. Dollé	Inspectie Gezondheidszorg, Den Haag
M. Eisinga	Stichting GGZ, Groningen
W. van Es	Start Kans, Soest
R. Gongrijp	Min. van OCW, Directie Primair Onderwijs
J. Gortworst	Federatie Opvang, Utrecht
L. Haveman	Welzijn Overvecht, Utrecht
F. Jansma	Stichting GGZ Groningen/Ambulante Verslavingszorg
M. de Jonge	Netwerk Cliëntdeskundigen, Groningen
E. Th. Klapwijk	Inspectie Gezondheidszorg, Den Haag
W. Kloosterman	OCSW, Gemeente Groningen
P. Kouwenberg	BJZ, Zaandam
H. Kroon	Trimbos Instituut, Utrecht
G. van der Laan	Universiteit Utrecht
J. Loenen	JIT, Haarlem
R. van der Male	Basisberaad GGZ Rotterdam
J.G. Manshanden	Min. VWS, Directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang, Den Haag
A. Medema	Bureau Moeilijk Plaatsbare Woningzoekenden, Groningen
M. Noom	Universiteit Utrecht
H. Polderman	Coördinator meldpunten overlast, Groningen
G. Pols	Centrum voor Dienstverlening, Rotterdam
L. Polstra	Rijksuniversiteit Groningen
J.M. Roebroek	Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg
A. Roerdink	Stichting GGZ Groningen/Ambulante Verslavingszorg Groningen
R. Schilperoord	Stichting GGZ, Groningen
K. Schoemakers-	

Salkinoja	SCP, Den Haag
C. Scholten	Research voor Beleid, Leiden
P. van der Steen	IBN-Groep, Uden
C.R. Tenhaeff	NIZW, Project Werk en Aandacht, Utrecht
J.M. Timmermans	SCP, Den Haag
J. Thakoerdin	Sociale Dienst Amsterdam Zuid-Oost
A. Von Unruh	Stichting GGZ Groningen
J. van Veen	Districtsbureau Lijnbaansgracht, Amsterdam
P. van der Veer	LHV, Utrecht
P. Verhaak	NIVEL, Utrecht
H. Verstegen	Somma, Utrecht
F. Verstraten	Stichting Huis (maatschappelijk opvang), Groningen
A. Visser	Berenschot, Utrecht
R. Vos	GGD Groningen
I. Voorham	Leger des Heils, Almere
I. van der Wal	Wing (opbouwwerk), Groningen
J. van Weeghel	Trimbos Instituut, Utrecht
D. van Wijnen	Somma, Utrecht
M. de Winter	Universiteit Utrecht
T.A. van Yperen	NIZW, Utrecht
C. van der Zwet	Arbeidsvoorziening Rijnstreek, Alphen a/d Rijn